

ИРВИН ЯЛОМ



**СТАЦИОНАРНАЯ
ГРУППОВАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ**

УДК 159.922.1
ББК 88.53
Я 51

Irvin D. Yalom

Inpatient Group Psychotherapy

Публикуется с разрешения издательства Perseus Books, Inc (США)
и Агентства Александра Корженевского (Россия)

Перевод с английского *Элеоноры Мельник*

Художественное оформление *Петра Петрова*

Ялом И.

Я 51 Стационарная групповая психотерапия / Ирвин Ялом ;
[пер. с англ. Э. И. Мельник]. — М. : Эксмо, 2011. — 480 с. —
(Практическая психотерапия).

ISBN 978-5-699-52275-0

«Классическая, ранее не издававшаяся в России работа Ирвина Ялома, всемирно известного психотерапевта и писателя. Помимо великолепных книг по психотерапии, в числе произведений Ялома — художественные бестселлеры «Лежеч на кушетке», «Мама и смысл жизни», «Когда Ницше плакал», «Вглядываясь в солнце: жизнь без страха смерти» и другие.

В этой книге автор предлагает уникальные эффективные техники и методы групповой терапии, применимые в условиях кризисного стационара. Книга основана на многолетних исследованиях Ялома и наполнена его знаменитыми примерами из практики. Рассчитанная на профессионалов, «Стационарная групповая психотерапия» будет интересна и другим поклонникам творчества Ялома.

УДК 159.922.1
ББК 88.53

© 1983 by Yalom Family Trust Printed in the United
State of America

© Мельник Э. И., перевод на русский язык, 2011

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2011

ISBN 978-5-699-52275-0

«Стационарная групповая психотерапия» Ирвина Ялома

Автор этой замечательной книги Ирвин Ялом — знаменитый психотерапевт и теоретик экзистенциальной психотерапии. Его известный фундаментальный труд «Теория и практика групповой психотерапии» стал знаменательной вехой в данной области. Предлагаемая читателю книга «Стационарная групповая психотерапия» появилась позже. Она была впервые издана в США в 1983 году. В ней Ирвин Ялом обращается к обстановке психиатрического стационара и предлагает модификации техник и методов групповой терапии, соответствующих именно условиям кризисного стационара. Хотя определенная групповая психотерапия ведется почти во всех психиатрических отделениях, она редко бывает систематичной и не всегда пользуется должной поддержкой со стороны администрации клиники. Приводя свидетельства, собранные благодаря собственным исследованиям и годам клинического опыта, Ялом убедительно доказывает значимость и эффективность групповой терапии в любых кризисных стационарах.

Он представляет радикальную модификацию методов, обсуждая различные способы, которыми терапевт может структурировать рабочий сеанс, виды поддержки, которые он может предложить пациентам, и акцент на принципе «здесь и сейчас». Все эти компонен-

ты жизненно необходимы для проведения эффективной групповой терапии в больницах. Ялом описывает также две модели стационарных групп: одну для сравнительно адаптированных, или «лучше функционирующих», пациентов стационара, а другую — для более сниженных пациентов, например психотиков.

Книга для практикующих клиницистов, наполненная знаменитыми яломовскими клиническими иллюстрациями, «Стационарная групповая психотерапия» стала историческим шагом в применении групповой терапии. Она не утратила своей актуальности и сегодня. Это — ценнейшее руководство, в первую очередь для специалистов, работающих в таком психиатрическом стационаре, куда пациентов с острыми расстройствами госпитализируют на небольшой срок.

Содержание

«Стационарная групповая психотерапия»	
Ирвина Ялома	3
Предисловие	7
<i>Глава 1. Групповая психотерапия</i>	
в современном психиатрическом	
стационаре	15
Текущая практика	16
Эффективность стационарной групповой	
психотерапии	48
Заключение	64
<i>Глава 2. Общие принципы стационарной</i>	
групповой психотерапии	65
Принципы традиционной групповой	
психотерапии	67
Клиническая данность стационарной группы	83
Цели стационарной групповой психотерапии	85
Состав небольшой стационарной группы	100
Посещение группы: обязательное или	
факультативное?	115
Быстрая смена пациентов: последствия	
для группы психотерапии	117
Размер группы	126
Другие различия между стационарной	
и амбулаторной группами	127
<i>Глава 3. Стратегии и техники ведения</i>	
группы	157
Временные рамки: один-единственный сеанс	158
Структура	159
Поддержка	185

Конфликт в стационарной группе психотерапии	212
«Прозрачность» терапевта	234
Заключение	249
<i>Глава 4. Стратегии и техники руководства:</i>	
принцип «здесь и сейчас»	250
Обоснование подхода «здесь и сейчас»	251
Две стадии переживания «здесь и сейчас»	258
Особые соображения относительно принципа «здесь и сейчас» в стационарной группе	263
Эксцентричные, подрывные инциденты: «зерно для межличностной мельницы»	277
Заключение	294
<i>Глава 5. Высокоуровневая стационарная группа психотерапии: рабочая модель</i>	296
Ориентировка и подготовка	297
Круговой обмен программами	299
Выполнение программы	340
Заключительная фаза	361
Заключение	379
<i>Глава 6. Низкоуровневая группа психотерапии:</i>	
рабочая модель	381
Отбор пациентов	382
Общие принципы	385
Встреча фокусной группы: основные приготовления	392
План встречи	395
За пределами структуры	423
Заключение	429
Приложение	430
Список литературы	460
Алфавитный указатель	467
Глоссарий	472
Об авторе	478

Предисловие

Вторая половина 1960-х годов ознаменовалась значительным сдвигом в лечении стационарных пациентов с расстройствами психики. Практика их длительного пребывания в больших, часто географически удаленных государственных больницах отошла в прошлое. Она сменилась краткими, но повторяющимися госпитализациями при обострениях — в небольших палатах больниц социального типа.

Этот сдвиг в стратегии психиатрической госпитализации — наряду с серьезными успехами в психофармакологии, признанием теории кризисов¹, уменьшением опоры на соматическую терапию и появлением новых профессий, связанных с психиатрией, — привел к весьма значительным изменениям в характере и функционировании кризисных стационаров. Однако эти перемены не всегда сопровождались соответствующими изменениями в технологии психотерапии. В особенности отставала групповая терапия, не успевавшая развиваться и приспосабливаться к новым клиническим обстоятельствам. Психотерапевты, работавшие с группами стационарных больных, продолжали использовать стратегические подходы, сложившиеся в прежнее время и подходившие для иной обстановки.

¹ Значения отдельных терминов приведены в глоссарии в конце книги. — *Прим. ред.*

В этой книге я привожу доводы в пользу того, что клиническая обстановка современного психиатрического стационара для пациентов с обострениями радикально отличается от обычной обстановки групповой психиатрии и требует существенной модификации традиционных методов групповой терапии. Моя цель — предложить измененную теорию групповой терапии, а также комплекс стратегий и методов, подходящих для разных случаев лечения больных с обострениями.

Моя книга предназначена для клинических врачей, работающих «на передовой» — для живущих в постоянном напряжении профессионалов-психиатров, ведущих психотерапевтические группы в обстановке вечных треволнений, которая часто сопутствует жизни психиатрической клиники.

Отделения для пациентов с психическими обострениями очень сильно разнятся между собой. В типичном современном кризисном стационаре (того типа, о котором я говорю в этой книге), как правило, содержится от 15 до 35 пациентов, чей срок пребывания в больнице варьирует от одной до трех недель. Спектр психопатологии весьма широк. Здесь и истинные *флоридные* психозы, и пограничные расстройства (с саморазрушительным поведением или краткими психотическими декомпенсациями), а также депрессии, злоупотребление наркотическими веществами и алкоголем, нарушения питания, старческие психиатрические синдромы, острые кризисы и декомпенсация (часто — с суицидальным поведением) у сравнительно хорошо функционирующих личностей.

Отделение может быть закрытым или открытым. Однако большинство пациентов могли бы проходить лечение и в открытом отделении. Профессии медперсонала охватывают несколько дисциплин (и нередко

ПРЕДИСЛОВИЕ

среди персонала есть стажеры, изучающие определенные дисциплины или весь их спектр): медсестринское дело, психиатрия, социальная работа, трудотерапия, клиническая психология, восстановительная и активная терапия – движение, танец, музыка и арт-терапия. Психиатрический персонал предоставляет пациентам несколько видов лечения: фармакологическую, индивидуальную, групповую и семейную терапию, терапию средой, трудовую и активную терапию, электрошоковую терапию.

Могущественным невидимым участником всего этого процесса является третья сторона, «тот, кто платит» – финансово ответственное лицо, которое оказывает колоссальное воздействие на назначение и отмену решений. Темп жизни стационара часто бывает стремительным; ротация его населения (как пациентов, так и персонала) – очень быстрой; напряжение и разногласия среди персонала – весьма значительными; а психотерапия – фрагментарной.

Я задумывал эту книгу как непосредственное клиническое подспорье для психотерапевта, занимающегося стационарными пациентами. С этой целью я черпал информацию из всех возможных источников: из собственного клинического опыта (в качестве члена медперсонала психиатрических клиник и руководителя ежедневной группы терапии стационарных пациентов в течение последних 3 лет), из моих клинических исследований, а также из клинической описательной и исследовательской литературы.

Кроме того, одним из источников были многолетние дискуссии с сотрудниками стационаров и мои собственные наблюдения в 25 стационарных отделениях, которые я посещал в ходе подготовки к этой работе, разговаривая с коллегами и присутствуя при многих

сеансах групповой терапии. Это были стационары частных, социальных и университетских клиник. Ведь всевозможные натяжки в выводах происходят оттого, что наблюдения проводят в самых известных, престижных больницах с блестящей репутацией, с превосходными тренинговыми программами и щедрым кадровым обеспечением.

Хотя кризисные психиатрические стационары, о которых я говорю в этой книге, не являются чем-то из ряда вон выходящим, это никоим образом не означает, что они распространены повсеместно. Мир клинической психиатрии огромен, и существует множество типов подобных заведений, с которыми я знаком лишь поверхностно. И я искренне надеюсь, что клиницисты, работающие в стационарах (в том числе стационарах, специализирующихся на лечении исключительно детей, подростков или пожилых, лечении злоупотреблений наркотиками, хронических болезней, лечении неуправляемых пациентов и преступников с психическими нарушениями), сочтут некоторые из описываемых здесь принципов и методов пригодными к непосредственному применению, а другие приспособят их к собственной клинической обстановке.

Психотерапевты, которые ведут амбулаторные группы, действуют автономно: их собственные навыки и решения определяют курс лечения, процедуры, а также результат всего процесса для группы. У руководителя же стационарной группы психотерапии жизнь совсем иная. Психиатрический стационар предлагает разнообразные виды лечения, которые часто накладываются друг на друга и конкурируют один с другим — за пациентов, за место в расписании, за обеспечение кадрами и финансирование, за ресурсы тренинга и наблюдения. Соответственно, уже не психотерапевт, ве-

душий группу, а административный персонал принимает основополагающие решения, касающиеся этой группы: частота и продолжительность сеансов, размер и состав группы, сопутствующие назначения, наблюдение, правила посещения группы и т.д.

Судьба стационарной группы во многом определяется контекстуальными и административными факторами, предваряющими сам групповой сеанс — настолько, что это повлияло и на построение данной книги.

Ее первые две главы посвящены пограничной области между стационаром и небольшой группой психотерапии, а в четырех заключительных главах подробно обсуждены терапевтические стратегии и техники.

Главу 1 я посвятил современной стационарной практике: роли групповой терапии, структуре групповых терапевтических программ, связанным с ними приоритетам, структуре и частоте сеансов, руководству, стратегическим целям. Поскольку некоторые стационарные учреждения испытывают неуверенность относительно того, сколько времени и энергии персонала стоит вкладывать в групповую терапию, я представляю свидетельства в пользу ее эффективности — как эмпирические, так и рационально-гуманистические. Продолжительный обзор и критика исследовательской литературы отвлекли бы нас от цели этой книги: служить клиническим руководством для практикующего врача. Однако старые научные привычки сдаваться не желают — и я все-таки время от времени обращался к обзору исследовательской литературы. Этот обзор, правда, оказался весьма скучным чтением, поэтому в окончательном черновике мой синий карандаш пощадил лишь самые важные данные; а наиболее тяжеловесные и занудные фрагменты были изгнаны в приложение.

В **главе 2** я предлагаю несколько структурных изменений, необходимых для работы в стационаре. После короткого резюме о принципах традиционной групповой терапии я описываю клиническую обстановку стационарной группы и технические, структурные модификации, необходимые для такой обстановки. Они касаются целей, состава, частоты и продолжительности встреч, размеров групп, конфиденциальности, создания внутренних подгрупп и роли психотерапевта.

Структурные изменения, необходимые в обстановке стационара, имеют далеко идущие последствия для основной стратегии психотерапевта и используемых им методов – это тема **глав 3** и **4**. Многие читатели путают в названии этой книги слово *inpatient* со словом *impatient*¹, и в результате получается «нетерпеливая групповая терапия». Содержание **главы 3** говорит о том, что эта путаница вполне может оказаться пророческой: медленному, терпеливому, размышляющему, недирективному терапевтическому подходу, как правило, нет места в стационарной работе. Психотерапевты стационарных групп вынуждены укладываться в более жесткие временные рамки, быть активными и эффективными и обеспечить с помощью ряда простых и трудоемких методов эффективную структуру группы. И, конечно, поддержка – куда же без нее! – вся работа со стационарной группой требует фундамента, обеспечиваемого поддержкой. Ведущий группы должен быть знаком с разнообразием технических приемов, которые упрощают создание в группе климата безопасности и доверия.

В **главе 4** обсуждается применение принципа «здесь и сейчас» в стационарной групповой терапии.

¹ Inpatient – стационарный; impatient – нетерпеливый (англ.). – Прим. перев.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Я представляю логическое обоснование принципа «здесь и сейчас», подчеркиваю его значимость в любой экспериментальной групповой терапии и излагаю особые соображения относительно условий стационара. Многие групповые психотерапевты избегают фокуса на принципе «здесь и сейчас» в стационарных группах, поскольку ошибочно приравнивают взаимодействие к конфронтации, конфликту. Глава 4 подчеркивает, что названный принцип можно использовать даже с чрезвычайно неуравновешенными пациентами. Причем так, чтобы он служил поддержке, сплоченности и самоутверждению.

Последние две главы представляют специфические модели сеансов групповой терапии: глава 5 посвящена группе из сравнительно адаптированных пациентов, а глава 6 – группе, составленной из пациентов-психотиков. Хотя я описываю эти модели крайне подробно, они задуманы не как жесткие схемы, которым непременно должны следовать другие. Это иллюстрации общей стратегии структурированной групповой встречи. Я надеюсь, что другие врачи разработают аналогичные процедуры, приемлемые для их личного стиля и клинической обстановки.

В этой книге я сосредоточиваюсь исключительно на центральной, обязательной составляющей программы стационарной групповой психотерапии – на ежедневной группе «разговорной терапии». Я стремился написать короткое, клинически значимое руководство, а не текст энциклопедической длины или объема. Поэтому многих вопросов я здесь не касаюсь вовсе, в том числе – специализированных групп. Остались за пределами этого текста также вспомогательные групповые терапевтические техники (такие как «видеоповтор», психодрама, терапия движением, танцем и арт-терапия); подходы к определенным специализирован-

ным проблемам (пограничные состояния, пациенты, склонные к суициду, агрессивные, незаинтересованные или параноидные). Не затронуты и связанные с групповой терапией тренинги, наблюдение пациентов, курсы повышения квалификации для персонала, встречи психотерапевтического сообщества. Я опускаю эти важные темы не только из соображений экономии бумажного пространства, но и потому, что рискованная и запутанная сфера современной стационарной групповой терапии требует вклада скорее в базу, а не специализированную теорию и практику.

От наспех нацарапанных наблюдений во время групповых сеансов до многостраничного текста был проделан долгий путь, и многие люди помогли мне на этой дороге. И больше всех — Беа Митчелл и ее восхитительный текстовый процессор. Ни Беа, ни ее компьютер ни разу не дрогнули при виде еще одного «последнего» черновика, разжалованного в предпоследние. Я благодарен доктору медицины Дэвиду Шпигелю и Кэрол Пейн, квалифицированной медсестре, за критическую вычитку всей рукописи; Вивьен Бэниш — за ее ценный вклад в модель фокусной группы; членам моей семьи — за огромную поддержку и за то, что они в конце концов простили мне мое поспешное включение в эту работу сразу по завершении предыдущего длительного проекта; пациентам и сотрудникам психиатрического отделения медицинского центра Стэнфордского университета — за их неизменное сотрудничество и помощь; Марджори Кросби — за щедрое спонсорство; Фиби Хосс — за редакторскую помощь; Стэнфордскому университету — за то, что он обеспечил меня свободой и научным снаряжением, необходимым для выполнения этой задачи; и всем сотрудникам множества стационарных клиник, которые великодушно позволили мне наблюдать и изучать их работу.

Глава 1

Групповая психотерапия в современном психиатрическом стационаре

Если бы это был трактат об амбулаторной групповой психотерапии, приемлемо было бы сразу нырнуть в клинические воды — немедленно, в этом самом первом параграфе начать обсуждение стратегий и методов. Но со стационарной групповой психотерапией все совершенно не так! Проза клинической жизни стационарной терапии состоит в том, что стационарная группа, в отличие от амбулаторной, — вовсе не «отдельно стоящее дерево». Она всегда лишь часть большей терапевтической «экосистемы». Следовательно, я начну с изучения взаимоотношений между групповой терапией и лечебной организацией, в которую она включена.

Современный кризисный психиатрический стационар предлагает помимо групповой психотерапии немало других видов лечения: медикаментозное, индивидуальную терапию, терапию средой, активную терапию, трудотерапию, семейную, электрошоковую... Эти виды лечения взаимозависимы: решения, принятые в отношении одного способа лечения, могут повлиять на все остальные. Более того, различные стационарные учреждения могут среди всего этого многообразия выделять разные приоритеты. И это приводит к «долгоиграющим» последствиям для осуществления групповой психотерапии.

Прежде всего, давайте исследуем роль групповой психотерапии в психиатрическом стационаре. Затем рассмотрим ее главные проблемы и предлагаемые стационарами решения этих проблем. И, наконец, обсудим эффективность стационарной групповой терапии.

Текущая практика

Роль групповой терапии

Насколько мне известно, каждый кризисный психиатрический стационар предлагает какую-либо методику стационарной групповой терапии. Действительно, свидетельств в пользу эффективности групповой терапии достаточно. И, учитывая неоднозначное отношение в обществе к сфере психиатрии и психического здоровья, трудно представить, как такой стационар может функционировать без групповой программы.

Однако многие клиники не слишком активно вкла-

дываются в групповую терапию и предлагают лишь поверхностные программы. Порой стационарные группы организуют без формальных указаний со стороны администрации учреждения.

Директор стационара одной университетской клиники, психофармаколог по профессии, сообщил мне, что принял на себя руководство стационаром примерно год назад, и в течение 3 месяцев здесь вели группы, но он пришел к выводу, что групповая психотерапия неэффективна в острых состояниях, и «демонтировал» групповую программу. Однако когда я разговаривал с его сотрудниками, мне сообщили *sotto voce*¹, что в вечернюю смену все-таки проводили ежедневные терапевтические групповые занятия, маскируя их под названием «дискуссионного кружка» (как вы увидите далее, терапевтические группы, прикрывающиеся неким эвфемизмом в качестве названия, — не такое уж редкое явление).

В литературе время от времени встречаются сообщения, будто в некоторых клиниках до совсем недавнего времени никаких программ групповой терапии не было.

Например, в статье 1974 года, написанной двумя психиатрами, описан эксперимент: они проводили два групповых сеанса терапии в неделю в кризисном психиатрическом стационаре [А]². Авторы сообщают: пациенты удивитель-

¹ Вполголоса (ит.). — *Прим. перев.*

² Все буквенные обозначения в этой и последующих главах относятся к соответствующим разделам Приложения: там приведены выходные данные упомянутого исследования, а при случае они обсуждаются. — *Прим. автора.*

но единодушно говорили о том, что эти группы полезны, не жаловались на скуку и неизменно посещали занятия (несмотря на то, что посещения были необязательными). Наконец, авторы констатировали (с некоторым изумлением), что у групповой психотерапии обнаружилось множество преимуществ перед традиционными медицинскими утренними обходами.

В 1975 году похожий отчет профессиональной медицинской сестры описывал учреждение групповой программы в психиатрическом отделении [Б]. Медсестры кризисного отделения понимали, что общее собрание терапевтического сообщества один раз в неделю не может заменить групповую психотерапию. Они робко, без поддержки главного врача отделения (и даже при его открытом противодействии) начали выполнять небольшую групповую программу. Медсестры отмечали с некоторым удивлением, что эта группа оказалась для пациентов важным познавательным опытом, что открытое обсуждение чувств облегчало жизнь отделения, что у пациентов вызывали сильные негативные эмоции проявления формальности со стороны медперсонала (в том числе накрахмаленная белая униформа) и что групповая терапия способствовала принятию пациентами других форм лечения и их эффективности.

Мы видим, что сотрудники психиатрических стационаров независимо друг от друга обнаруживают эффективность стационарных групповых программ. Это, конечно, утешает и вполне согласуется с моими собственными взглядами. Тем не менее это говорит о недостатке внимания к групповым методам в сфере традиционного образования психиатров и медицинских сестер.

Разнообразие программ

Современные программы стационарного лечения необычайно многообразны. Когда я посещаю амбулаторные клиники, расположенные в самых разных уголках Соединенных Штатов, я неизменно обнаруживаю, что программы групповой терапии там в общем вполне сходны. В стационарах же наблюдается буйное разнообразие всевозможных групп, руководящих стратегий и методов, образцов структуры, продолжительности и частоты встреч и так далее.

Прямо-таки голова кружится от такого изобилия. Оно либо воплощает масштабный взрыв творческой мысли, одновременно происходящий в психиатрических клиниках по всей стране, либо отражает массовый — и весьма прискорбный — хаос в этой сфере. Хотя многие стационарные программы действительно отличаются явной креативностью (которая жизненно важна для продолжительного профессионального развития), я ни секунды не сомневаюсь в том, что дело еще и в отсутствии какой-либо стабильной опоры.

Не существует ни одного логически связного труда, посвященного принципам стационарной групповой терапии, ее стратегиям и методам, который был бы последователен от главы к главе. Этот пробел порождает бессистемность в образовании молодых психотерапевтов и поощряет спекулятивный подход к терапии под девизом «каждый сам за себя», который в долгосрочной перспективе просто-таки не может не оказаться губительным для нашей сферы деятельности и для интересов пациентов.

Давайте рассмотрим типы групповой терапии в стационарах. В тех отделениях, которые я посещал, как правило, вели традиционные группы разговорной

психотерапии от одного до трех раз в неделю, а также некоторые другие специальные группы – раз или два в неделю. Группой обычно руководил кто-нибудь из постоянного медперсонала или приглашенный специалист в области психического здоровья (психолог, психотерапевт), нанимаемый исключительно ради этой цели.

Разнообразие групповых программ было невероятным широким (не говоря о том, что одинаковые группы могут по-разному называться в разных отделениях).

Можно назвать следующие типы: группы взаимодействия, аналитические, многосемейные, целевые, группы терапии движением, арт-терапии, массажной терапии, развивающей терапии, релаксации, группы управляемого воображения, танцевальной терапии, музыкальной терапии, группы садоводства, группы фармакологического просвещения, группы планирования будущего, группы терапевтического сообщества, группы жизненных навыков, различных ремесел, человеческой сексуальности, планируемой разрядки, разрешения проблем, дискуссионные кружки, тренинги сознательности, группы моторных навыков, развития уверенности, поведенческой эффективности, фокусные группы, группы по системе Энн Ландерс, группы психодрамы, мужские и женские группы, группы структурированных упражнений, семейные, группы принятия решений, кукольные кружки, группы эмоциональной идентификации, группы обсуждения телесериалов, проектные группы, группы активности.

Разнообразие программ я могу продемонстрировать и другим способом – опишу программы трех стационаров с совершенно различным подходом к групповой терапии. Все три психиатрических учреж-

дения относились к учебным клиникам при университетах и были структурно схожи: стационарные отделения для больных с обострениями, на 20–30 коек каждое, со средним сроком госпитализации примерно 2 недели. Все 3 были хорошо укомплектованы персоналом и имели превосходную репутацию как в местном, так и в национальном масштабе.

Отделение А. В этом отделении тщательно придерживались традиционной медицинской модели. Ежедневные обходы проводили формально: главный врач и постоянно работающие в клинике психиатры обсуждали пациентов, при этом со стороны медсестер или санитаров не предполагалось особого участия в дискуссии. Обсуждение было сосредоточено преимущественно на фармакологической и электрошоковой терапии, на эзотерическом вопросе органики как этиологического фактора и на планировании выписки. Специалисты, проводившие в отделении групповую психотерапию, не привносили в эти обходы ничего, несмотря на то, что обладали очень важной информацией.

Главный врач не скрывал, что не испытывает особого интереса к групповой психотерапии. И ни один из ординаторов не вел группы, потому что главврач считал, что установить адекватный контроль над ними невозможно. Хотя в распоряжении клиники было множество социальных работников и психологов, владеющих методами работы с группами, главный врач утверждал, что не стоит доверять обучение студентов-медиков или ординаторов-психиатров немедицинским специалистам. Подобная практика, полагал он, может создать у молодых психиатров соблазн отказаться от карьеры в психиатрии.

В отделении была формальная группа психотерапии, возглавляемая социальным работником. Группа встречалась трижды в неделю на часовой сеанс. Ее посещали примерно 7—8 пациентов отделения, состояние которых было лучше прочих; эти пациенты были отобраны руководителем группы. Она перед каждой встречей делала новый выбор и обходила отделение, приглашая или убеждая пациентов прийти на сеанс.

Руководитель группы — женщина, получившая отличное образование в области индивидуальной и семейной психотерапии, проявляла мало рвения в отношении групповой психотерапии и с удовольствием отменяла встречи всякий раз, как представлялась такая возможность. А когда она отсутствовала в отделении (даже если уезжала в запланированный продолжительный отпуск), никаких групп никто не вел. Медсестры не проводили групповую терапию потому, что главный врач объявил, что сестры-де не должны заниматься психотерапией. Когда-то врач-трудотерапевт вела в отделении группу терапии, но ее уволили (как сказала мне главная медсестра, потому что «слишком много народу стремилось заниматься терапией со слишком многими пациентами, а заполнить день пациента никто особо не рвался»).

Раз в неделю приходили специалисты, занимавшиеся арт-терапией и танцем, чтобы проводить с пациентами групповые занятия, но никто из местного персонала в разговоре со мной не смог описать, что собой представляли эти встречи.

Многосемейная группа также собиралась по вечерам раз в неделю, но пациенты посещали ее плохо. Встречу терапевтического сообщества проводили дважды в неделю по 30 минут; на таких встречах предполагалось обсуждать проблемы отделения, но в дейст-

вительности эти собрания были вялыми и поверхностными. Раз в неделю психотерапевт, занимавшийся восстановительной терапией, проводил короткую общую встречу, на которой они вместе с пациентами планировали занятия на будущую неделю.

Отделение Б. Дважды в неделю проводились 45-минутные сеансы группы психотерапии, возглавляемой двумя психиатрами-ординаторами отделения и медсестрой. Они отбирали для своей группы пациентов, функционирующих лучше прочих (приблизительно 8 из 22 пациентов во всем отделении).

В отделении вели также и другие группы.

- Две встречи психотерапевтического сообщества в неделю: одну проводил главный ординатор, вторую — старшая медсестра.
- Многосемейная группа: 45 минут раз в неделю, посещение плохое.
- Группа «социальных навыков»: 45 минут раз в неделю, для пациентов перед выпиской; вели группу две дипломированные медсестры (содержание и процедура этих встреч ничем не отличались от проходившей дважды в неделю групповой терапии).
- Группа арт-терапии: час, трижды в неделю. Ее вел руководитель, нанятый специально для этой цели.
- Группу «повседневной жизни» 3 раза в неделю вели трудотерапевты и санитары; они обучали пациентов-хроников таким базовым навыкам, как приготовление пищи и уход за собой.
- Группу «фармакологического просвещения» по часу раз в неделю вели медсестры; они рассказывали пациентам о воздействии различных лекарств и их побочных эффектах, а также помогали пациентам делиться своими страхами по поводу приема медикаментов.

Отделение В. Пациентов (24 человека) разделили на две команды. Все пациенты каждой команды собирались дважды в неделю на 45-минутные встречи в группе психотерапии, возглавляемой двумя психиатрами-ординаторами и медицинской сестрой. Главный врач отделения В высоко ценил групповую психотерапию, и в штате было пять постоянных сотрудников-психиатров, владевших методами групповой терапии (это были специалисты по музыкальной терапии, арт-терапии, танцевальной терапии, а также по восстановительной и трудовой терапии). Он установил в своем отделении дух дисциплинарного равенства: все члены персонала прошли психотерапевтическую подготовку, и выполняемые ими функции были взаимозаменяемыми, за исключением функции врача-терапевта и медсестер, которые назначали и распределяли медикаментозное лечение.

В дополнение к собиравшейся дважды в неделю команде групповой психотерапии в отделении были другие группы:

- Многосемейная группа: раз в неделю.
- Целевая группа: по часу дважды в неделю; все пациенты команды собирались, чтобы установить личные цели для себя на следующую неделю.
- Встреча психотерапевтического сообщества: 45 минут раз в неделю.
- Группа социальных навыков: раз в неделю, основной фокус — на уходе за собой и разговорных навыках.
- Танцевальная группа: дважды в неделю.
- Музыкальная группа: дважды в неделю.
- Группа садоводства: раз в неделю; ее вел психотерапевт, специалист по деятельностной терапии.

- Группа релаксационной терапии: для отобранных пациентов — непсихотиков.
- Группа арт-терапии: дважды в неделю.
- Группа «фармакологического просвещения»: раз в неделю.

Я выбрал эти три отделения, поскольку они сильно отличаются по многим показателям: по статусу групповой психотерапии, по пониманию роли профессиональных дисциплин в психотерапии и, наконец, по количественному составу и типу предлагаемых групп терапии. Но ни одно из этих отделений нельзя назвать типичным. В каждом стационаре, который я посещал, была своя собственная уникальная групповая программа и собственный свод традиций персонала, управляющего жизнью групп.

Учитывая широкое, часто сбивающее с толку разнообразие программ стационарной групповой психотерапии, я вижу настоятельную потребность выбрать наиболее заметные ее проблемы, которые можно систематически исследовать на примере разных программ.

Я собираюсь предложить несколько значимых вопросов: степень престижа групповой психотерапии, состав групп, частота встреч, вопрос руководства, а также фокус конкретной группы. С точки зрения этих вопросов любое психиатрическое отделение должно принять определенные решения относительно своих групп.

Престиж стационарной группы

Программа групповой психотерапии имеет совершенно неодинаковый статус в разных стационарах. На одном конце этого спектра — отделение, где одну из терапевтических групп вел главный врач, он осуществлял контроль над другими группами, и на ежедневной

встрече персонала происходил обмен опытом. Другая крайность — отделение, которое я уже упоминал прежде, где главный врач — психофармаколог — закрыл групповую программу, и медсестры были вынуждены вести «нелегальные» вечерние группы.

Если администрация отделения считает групповую программу не важной или даже противоречащей лечению, то вероятность того, что группа будет эффективным терапевтическим средством, весьма мала.

Ни один специалист, ведущий стационарную группу, не может заниматься этим успешно, если остальные члены персонала отделения высказывают сомнения в ценности групповой терапии. Скептицизм персонала запускает процесс, известный как «самоисполняющееся пророчество»: сотрудники отделения действуют таким образом, что их убеждения осуществляются на практике. Открыто или исподволь они сообщают свои чувства сообществу пациентов и оказывают неблагоприятное влияние на комплекс ожиданий пациентов по отношению к опыту групповой психотерапии. Неблагоприятный комплекс ожиданий подрывает психотерапию.

Множество исследований демонстрирует, что чем больше изначальная вера пациента в то, что терапия ему поможет, тем лучше оказывается ее конечный результат. [В] Причем этот эффект сильнее проявляется в группе, чем при индивидуальной терапии — из-за заразительности установок. Некоторые члены группы, настроенные скептически или пессимистично по поводу психотерапии, вскоре передают свои ощущения другим участникам. Более того, они служат «бациллоносителями» и деморализуют последующие «поколения» новых пациентов.

Такое отделение легко распознать: группы встречаются нечасто и продолжаются недолго; лечащие врачи прерывают встречи, вызывая с них своих пациентов; персонал ищет любую возможность отменить сеанс группы; группы ведут неумелые и не получившие специальной подготовки люди, часто — без всякого контроля со стороны; сами группы расценивают лишь как средство убить время; персонал плохо информирован о разных типах психотерапевтических групп, а порой и высмеивает их; наконец, здесь могут быть другие типы групп (например, дискуссионные группы, группы тренировки навыков или планирования выписки), которые не относят напрямую к психотерапии. Порой руководителям групп даже в открытую запрещается заниматься психотерапией.

Один директор клиники, которого я расспрашивал о программе групповой психотерапии в его отделении, заявил, что «группа терапии» собирается ежедневно. Однако, как я скоро выяснил, он имел в виду, что дважды в неделю собираются маленькие лечебные группы, 2 раза в неделю по полчаса происходит встреча психотерапевтического сообщества, раз в неделю — группы планирования, на которой пациенты решают вопрос относительно своей деятельности на будущую неделю. (Он-то считал, что все это — «группы терапии».) А затем он продолжал: «Есть еще куча всяких других групп, которые ведут медсестры, трудотерапевты и учителя танцев, но кто же станет называть это терапией?!»

Постоянные вызовы пациентов с групповых встреч — это явный признак того, что групповую психотерапию в отделении не уважают. В некоторых частных клиниках тон задают преимущественно частно-

практикующие врачи, которые сами госпитализируют своих пациентов. Они специально оговаривают, будут ли их пациенты посещать стационарную группу терапии. И порой такой врач приходит в отделение на встречу с пациентом, когда тот участвует в работе группы. Врач, не обращая ни малейшего внимания на беспокойство, которое причиняет всей группе, требует, чтобы пациент покинул занятие – немедленно.

Психологический посыл, обращенный в сторону остальных пациентов, при этом абсолютно ясен: групповая психотерапия – отличная штука, но только до тех пор, пока она не мешает обычному психиатрическому лечению. Вера пациента в групповую терапию и авторитет руководителя группы – залог успешных результатов – оказываются подорваны, и убеждение в том, что групповая психотерапия неэффективна, вскоре становится реальностью.

Другие же клиники – например, описанное ранее отделение В – высоко ценят групповую терапию и строят свою программу вокруг нее. Все госпитализирующие врачи прекрасно знают, что их пациенты автоматически посещают программу психотерапии и что они, врачи, должны соответственно этому подстраивать свое индивидуальное расписание.

В некоторых частных клиниках картина групповых программ весьма печальная. Большинство пациентов госпитализированы несколькими психиатрами в ходе частной практики. Каждый госпитализирующий психиатр в таком случае ведет группу психотерапии для своих пациентов сам (а чаще нанимает специалиста в области психического здоровья, как правило, – подготовленного социального работника). Эта практика ставит интересы одной группы пациентов выше

благополучия всего сообщества и является разрушительной для любой стабильной программы отделения в целом. Поскольку могут существовать несколько групп, ведомых различными людьми, и расписание каждой группы выстроено так, как удобно ее руководителю, для медсестринского персонала становится невозможным организовать программу, которая охватила бы все отделение.

Состав стационарной группы

Психиатрические отделения используют два основных подхода к составу группы. Некоторые клиники (например, отделения А и Б) используют уровневую модель, при которой сравнительно хорошо функционирующих пациентов определяют в «высокоуровневую» группу, а пациентов-психотиков, с выраженной регрессией – в «низкоуровневую» группу.

Другие клиники (например, отделение В) используют командную модель. Все отделение разделяют на две или три команды, в каждую из которых по очереди зачисляются всех вновь прибывающих пациентов. Такая команда и является группой психотерапии. В результате группа получается очень разнородной. Она включает пациентов, имеющих самый разный психический статус: от хронических деградирующих психотиков до сравнительно хорошо социально адаптированных личностей, просто переживающих серьезный жизненный кризис.

Каждый из этих подходов к составу группы терапии – уровневый и командный – имеет свои преимущества и недостатки. Успешные программы, о чем я буду говорить в следующей главе, находят способ объединить преимущества обоих.

Частота групповых встреч

Быстрая смена пациентов представляет собой главную проблему в программе групповой психотерапии всякого кризисного отделения. Если ведущий группу психотерапевт хочет добиться какой бы то ни было стабильности, то, по моему мнению, существует лишь одна возможная стратегия: *устраивать встречи группы терапии как можно чаще*. Очевидно следующее...

Если средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре на 20 мест составляет 1—2 недели, то состав группы, которая встречается только дважды в неделю, будет радикально меняться от встречи к встрече. У проводимой ежедневно группы, разумеется, тоже будет сменный состав, но основное «ядро» пациентов от одной встречи до другой будет достаточным, чтобы обеспечить некую меру групповой стабильности. (К этому аспекту мы вернемся и в следующей главе.)

Однако лишь очень немногие отделения устраивают ежедневные встречи своей «официальной» группы психотерапии. Обычно происходят две, максимум — три встречи в неделю. Специализированные группы (я буду использовать этот термин, говоря обо всех альтернативных видах групп) встречаются в среднем 1—2 раза в неделю.

Почему же для группы «разговорной психотерапии» планируют столь нечастые встречи? Администраторы отделений приводят несколько не очень убедительных доводов. Иногда говорят, например, что невозможно устраивать встречи группы чаще чем 2 раза в неделю, потому что посменное расписание медсестер не позволяет им выполнять все обязанности и при этом еще заниматься с группой. (Однако другие отде-

ления без труда находят сотрудников для ведения группы на ограниченный период — например, на 2–3 месяца — и устанавливают для группы психотерапии стабильное дневное расписание на этот период.)

Руководство отделений, катастрофически недоукомплектованных персоналом, утверждает, что не может планировать частые групповые встречи из-за нехватки сотрудников и занятости медсестер. Хотя проблемы расписания в суматошном, работающем по принципу «вращающегося турникета» отделении могут быть действительно значительны, все-таки похоже, что главный определяющий фактор частоты встреч группы психотерапии — именно *отношение* к этому виду терапии.

Если руководство отделения ценит и поддерживает групповую психотерапию, тогда — *mirabile dictu!*¹ — непреодолимые препятствия с расписанием неожиданно разрешаются сами собой; и индивидуальное лечение, расписание процедур пациентов, медсестер и лечащих врачей с легкостью приспособливаются к расписанию групповой психотерапии. Хотя наличие нескольких руководителей для группы может быть иногда предпочтительным, некоторые отделения решают проблему иначе.

Получивший хорошую подготовку специалист с успехом ведет группу в одиночку. Самое нуждающееся в персонале отделение из тех, которые я посещал, предлагало традиционную группу психотерапии лишь раз в неделю, но при этом пригласило за весьма скромную плату консультанта, который дополнительно вел еще одну группу 4 вечера в неделю.

¹ Удивительно (лат.). — Прим. перев.

Порой случается так, что ни одна из всевозможных групп в стационаре не встречается достаточно часто из-за того, что ведущие их специалисты конкурируют между собой за лидерство. Зачастую (о чем я буду говорить в следующем разделе) междисциплинарное соперничество толкает специалистов к тому, чтобы бороться за свое собственное терапевтическое «место под солнцем». Таким образом, каждому специалисту выделяется определенная ниша в недельном расписании групп, и пациент нередко посещает несколько разных групп, о которых я уже говорил.

Некоторые отделения проводят аж три групповых занятия в день! И притом, поскольку ни одна группа не встречается больше 1—2 раз в неделю, пациент не получает продолжительной и последовательной групповой терапии. Такое расписание отвечает скорее потребностям персонала, а не пациента. И несмотря на видимость напряженной деятельности, эта заорганизованность играет для пациента антитерапевтическую роль: она приводит к внутреннему раздраю, а не интеграции, и не способна обеспечить ту структуру, которая особенно требуется дезорганизованным пациентам.

Есть и другая причина недостаточно частых занятий стационарных групп. Я полагаю, она заключается в том, что руководители группы не вполне уверены, как следует вести групповую психотерапию в стационаре. Ведь в данной сфере отсутствует связная, общепринятая схема, и руководители стационарных групп не получают адекватного обучения. Как следствие, они используют неэффективные модели или каждый из них пытается создать подход *de novo*¹. В обоих случаях

¹ С нуля, заново (лат.). — Прим. перев.

большинство встреч небольших стационарных групп проходит сумбурно и безрезультатно. Психотерапевты в не меньшей степени, чем пациенты, страдают от отсутствия разумных общих руководств; они бы и рады вести стационарную группу психотерапии — но вместе с тем эта работа лишает их уверенности в себе и деморализует. Реакция на такую двойственность проявляется в небольшой частоте сеансов, а процедура ведения малочисленной группы, к сожалению, еще более осложняет дело.

Руководство группы

Вопрос о том, кто будет вести небольшую стационарную группу, сложен. Проблема выбора руководителя группы часто отражает все внутренние конфликты персонала стационара. Ведущие стационарных групп терапии могут быть представителями самых разных профессий: медсестры, санитары, психиатры, психологи, психиатрические социальные работники, трудотерапевты, больничные священники, специалисты по восстановительной терапии, специалисты в области деятельностной, танцевальной, двигательной терапии, арт-терапии, а также студенты, изучающие все эти области. Чаще всего руководителем группы оказывается психиатрическая медсестра; а реже всего — психиатр (хотя приблизительно 50% кризисных отделений в университетских клиниках имеют группы, возглавляемые ординаторами-психиатрами).

В оценке роли разных профессиональных дисциплин существуют колоссальные различия.

В отделении В, например, границы между профессиональными дисциплинами были совершенно стерты — все сотрудники отделения имели психотерапевтическое об-

разование. Другой крайностью было отделение А, где руководство открыто заявляло, что никто, кроме психиатра и, до некоторой степени, психиатрического социального работника, не может назначать и вести какую бы то ни было терапию. (На самом деле, как я уже упоминал, трудотерапевт в отделении А была уволена из-за своей «подпольной» терапевтической деятельности.)

Таким образом, спор о том, кому вести группу, скорее касается власти, авторитета и профессиональной «территории», а не компетенции лидера. Этот вопрос становится еще более туманным из-за того, что во время обучения профессиональным дисциплинам специалистам обычно не дают необходимых знаний о групповой психотерапии, и тем более никто из специалистов не получает никаких инструкций по психотерапии в *стационарной* группе.

Междисциплинарное соперничество имеет множество последствий для программы стационарной групповой терапии в целом.

Как правило, сотрудники стационара желают вести группы и наслаждаться тем авторитетом, который обеспечивает профессиональный ярлык психотерапевта. Они ищут удовлетворения в немедленном эффекте и признании их роли в выздоровлении пациентов. Решения по поводу численности, типа и частоты встреч группы часто принимают по принципу «удобства для персонала», а не ради пользы для пациента.

Я, например, видел стационарные группы, у которых было 4 или 5 профессиональных руководителей, — и не потому, что несколько ведущих действуют более эффек-

тивно (на самом деле скорее наоборот), но только для того, чтобы каждая дисциплина имела в группе своего представителя. Как я уже говорил прежде, те же тенденции проявляются в политике сочетания множества специализированных групп, вместо того чтобы ставить в расписание ежедневные занятия одной-единственной группы психотерапии.

Такое профессиональное соперничество, как я уже говорил, нередко оказывается антитерапевтическим. Существование множества разных групп обычно не позволяет проводить такие встречи, где руководители групп могли бы сообщать персоналу отделения о важных событиях в жизни группы. И члены персонала порой не выказывают интереса или даже проявляют неуважение к группам, которые ведут представители других профессий. Иногда постоянные сотрудники стационара (например, занятые на полной ставке медсестры и психиатры) бывают удивительно плохо осведомлены о терапевтическом опыте пациента, полученном во множестве разнообразных групп, ведущихся в отделении. Это неведение ведет к серьезным сбоям в коммуникации между медсестринским персоналом, врачами и госпитализирующим психиатром.

Официальное название группы нередко несет мало информации о том, чем эта группа на самом деле занимается.

Например, одно отделение предлагало формальную группу психотерапии, которая встречалась только раз в неделю, но наряду с ней была группа танцевальной терапии, собиравшаяся трижды в неделю по вечерам. Ее вел профессиональный специально нанятый танцевальный терапевт. Когда я посетил занятие этой группы и поговорил с

пациентами об их групповом опыте, стало совершенно ясно, что название «группа танцевальной терапии» было неточным. Это были весьма интенсивные (и эффективные) занятия групповой психотерапии (где, помимо прочего, использовали двигательные невербальные приемы и гештальт-упражнения). Подавляющее большинство сравнительно хорошо адаптированных пациентов отделения посещали эту группу и высоко ее оценивали. Руководителем ее был непрофессиональный, не имевший официального психотерапевтического образования, но чрезвычайно талантливый терапевт, который вел подобные занятия уже более 15 лет. Эта группа представляла для пациентов большую ценность. Однако значительная потенциальная выгода терапевтического процесса здесь была упущена из-за отсутствия налаженной коммуникации между танцевальным терапевтом (он присутствовал в отделении только во время этих трех вечерних встреч), постоянным персоналом и индивидуальным психотерапевтом каждого пациента.

Неспособность понять или одобрить группы, руководимые представителями других профессий, ведет к серьезным разногласиям и недоверию.

Под конец своего визита в одну клинику (я наблюдал там несколько групп терапии, а потом вел семинар) я разговорился со студенткой-трудотерапевтом. Она с некоторой горечью заметила, что специалиста по двигательной терапии, который, по ее мнению, вел наиболее важные групповые занятия в отделении, персонал клиники уважал недостаточно — его не включили в предоставленный мне список терапевтов и не пригласили на мой семинар. До этого разговора, когда я расспрашивал о занятиях вечерней группы двигательной терапии (они проходили дважды в неделю), члены медсестринского

персонала описывали их с изрядной долей насмешки, употребляя такие характеристики, как «группа — душа нараспашку», «странные» занятия, где потребности пациентов якобы удовлетворялись в «опасной» степени.

Журнал, который вела студентка-трудотерапевт, наблюдавшая эту группу, был более информативен. Время от времени участники группы танцевальной терапии выполняли известные психологические упражнения «падение на доверие» или «групповое объятие» — этим физический контакт участников группы и ограничивался. Тем не менее персонал отделения смаковал именно эти детали занятий и, пользуясь ими, группу очерняли на все лады.

Критицизм такого типа, без сомнения, коварен. Сотрудники отделения, намеренно или случайно, передают пациентам негативное отношение к занятиям группы, делая ее работу менее эффективной.

Это большое несчастье, что во многих университетских клиниках страны, включая те, что слывут лучшими центрами стажировки в области психиатрии, ординаторы редко возглавляют группы. Те, кто составляет расписание работы персонала, выдвигают для этого несколько причин. Так, в одной из ведущих психиатрических клиник каждый психиатр-ординатор ведет по 7 индивидуальных пациентов, наряду с прочими административными обязанностями в отделении. Врачи-ординаторы работают по 12–14 часов в день, и директор клиники считает, что у них просто нет времени, чтобы заниматься с группой.

Я уже описывал ранее, как главный врач отделения А объяснял, что его ординаторы не ведут группы, потому что у него не хватает персонала с медицинском образованием, чтобы наблюдать за ними. Главный врач другой

университетской клиники утверждал, что прежде психиатры-ординаторы вели группы, но постоянно меняющийся состав пациентов клиники и укороченные сроки пребывания не давали им возможности делать это удовлетворительно. И медицинские инспекторы постоянно дидактически напоминали этим ординаторам о том, что они не соблюдают стратегию работы «настоящей группы психотерапии».

Очевидно, что реалии клинической жизни до сих пор не поняты и не приняты. Хотя краткосрочная группа не идеальна с точки зрения развития групповой динамики, ее краткосрочность – жизненный факт стационарного отделения.

Как бы то ни было, отсутствие стационарной групповой психотерапии в программах профессиональной подготовки психиатров-ординаторов имеет серьезные последствия. Административным главой стационарного отделения почти всегда является психиатр. И до тех пор, пока психиатрическое образование игнорирует групповую психотерапию, будет сохраняться эта прискорбная ситуация: стационарными отделениями управляют люди, незнакомые с сутью групповой психотерапии и не поддерживающие ее.

Психиатрические медсестры и профессионалы в области психического здоровья, которые ведут большинство групп, испытывают смешанные чувства по поводу роли руководителя группы. Прежде всего, многие не имеют никакого формального образования в области групповой терапии и ощущают себя в этой роли неадекватно и беззащитно. Нередко им очень нравится вести группы. Они с благодарностью принимают направление пациента в их группу, полученное им от лечащего врача. Однако они сознают, что часто

причиной такого «назначения» является как раз то, что психиатр не видит в групповых занятиях никакой практической пользы.

Поскольку в течение двух десятилетий основную ответственность за стационарные группы несли медсестры, они, естественно, начали предъявлять «право собственности» на групповую программу. В последние годы в результате притока других специалистов в области психического здоровья (реабилитационные, деятельностные терапевты, специалисты по двигательной терапии), которые также желают вести программы терапии, между ними и медсестрами возникло определенное напряжение. Одним из неприятных последствий этого соревнования является то, что руководители групп, нуждающиеся в консультации опытного профессионала, неохотно просят об этом: они настолько боятся захвата своих функций другим специалистом, что не решаются открыто обсуждать свои проблемы и сомнения.

Многие психиатрические медсестры вели стационарные группы терапии в течение многих лет и стали весьма умелыми терапевтами. Это тоже порождает проблему. Они недовольны тем, что, несмотря на их психотерапевтическое мастерство, они не пользуются ни большим авторитетом, ни материальными выгодами, которые сопутствуют «изначально психотерапевтическому» образованию. Их, что тоже вполне понятно, раздражает происходящее раз или два в год «нашествие» психиатров-ординаторов. Те оказываются настолько обескуражены «недосягаемым» профессионализмом такой медсестры, что упускают возможность научиться от нее хоть чему-нибудь. Действительно, напряженность между ординаторами-первогодками и компетентной

психиатрической медсестрой характерна для любого кризисного психиатрического отделения университетской клиники.

В некоторых клиниках, работающих по устойчивому формату частной практики, я наблюдал один особенно неблагоприятный стереотип. В их отделениях подавляющее число пациентов госпитализируется (изначально — ради соматической или фармакологической терапии) несколькими частнопрактикующими врачами, которые специализируются в стационарной больничной работе. Госпитализирующие врачи не позволяют медсестрам вести группы, а вместо этого назначают в качестве группового психотерапевта другого человека (в двух отделениях это были больничные священники, а в двух других — консультанты по вопросам семьи и брака). Намерения нанятого человека могут быть весьма благими, но при этом отсутствует подготовка в области групповой терапии.

Подобная модель отражает и одновременно провоцирует напряженность между медсестрами и врачами. Медсестры сердились, были деморализованы и недооценены. Они открыто говорили о том, что частные врачи слишком собственнически относятся к своим пациентам и настолько боятся перспективы «делить» (а возможно, и потерять) их с другими профессионалами, что нарочно приглашают сотрудника, чья низкая квалификация и отсутствие опыта не представляют для них личной угрозы.

Я мог бы еще некоторое время рассказывать такие печальные истории, но полагаю, что к настоящему моменту уже ясно: междисциплинарное соперничество неизменно разрушительно влияет на заботу о пациентах, и «право собственности» на небольшую группу те-

рапии является проблемой, вокруг которой кристаллизуется большая часть профессионального напряжения. Назначение на роль руководителя группы — весьма деликатная задача; как я уже подчеркивал ранее, стационарная группа психотерапии — это не изолированный остров, но часть взаимозависимого сложного архипелага.

Фокус работы стационарной группы

Лучше всего будет начать обсуждение фокуса работы группы в современной практике с комментариев о том, на чем он *не сосредоточен*. Из десятков стационарных групп психотерапии, которые я наблюдал, ни в одной не был сделан фокус на взаимодействии по принципу «здесь и сейчас». Я полагаю (и буду говорить об этом подробнее в главе 3), что интерактивный фокус — это *sine qua non*¹ эффективной групповой психотерапии. Во всех группах — даже в тех, которые состоят из психотических, дезорганизованных пациентов, — важно помочь их участникам взаимодействовать друг с другом и учиться пониманию и обобщению опыта этого взаимодействия.

Групповые терапевты, которые не понимают (или предпочитают «не понимать»), как обеспечить групповое взаимодействие, часто испытывают огромные трудности.

Мне случалось наблюдать, как сеанс за сеансом терапевт напрасно искал какой-нибудь эффективный фокус внимания для группы. Групповому терапевту, который по какой бы то ни было причине не использует

¹ «Без чего нет», необходимое условие (лат.). — Прим. перев.

взаимодействие членов группы, остается лишь придерживаться двух других вариантов: проблемной ориентации по принципу «там и тогда» и «общих тем». У обоих этих вариантов есть серьезные недостатки.

Терапевт, сфокусированный на проблематике «там и тогда», обычно сосредотачивает работу группы на причинах, по которым пациенты попали в госпиталь, или на главных жизненных проблемах, с которыми пациенты сталкиваются в своей жизни вне больницы, или на их жалобах и чувствах по поводу происшествий в стационаре. При таком подходе в лучшем случае один пациент расскажет что-то важное о себе и насладится чувством принятия со стороны членов группы. Их таким образом можно поощрить к взаимной открытости, чтобы они тоже рассказали что-то свое.

Наиболее распространенная ошибка, совершаемая групповыми терапевтами, работу которых я наблюдал, заключалась в использовании рассказа пациента о своем кризисе «там и тогда» как проблемы для решения всей группой. Этот выбор почти всегда бывает худшим из возможных.

Очень редко случается так, что с помощью советов и предположений группа оказывается способной предложить какое-то подходящее разрешение для «внешней» проблемы пациента. Во-первых, сведения, предоставляемые рассказчиком, неизбежно страдают неточностью. Во-вторых, у пациента уже было достаточно времени на обдумывание разнообразных возможных решений — наедине с собой или с помощью индивидуального психотерапевта. При запасе времени менее чем в час, при так или иначе искаженной информации группе вряд ли удастся оказаться чем-то полезной для этого пациента. Такой подход почти наверняка

создаст в группе ощущение поражения: следствием этого будет деморализация, и члены группы потеряют веру в нее.

Использование маленькой группы терапии для обсуждения жалоб, связанных с жизнью клиники, или административных проблем — тоже неэффективная практика.

С одной стороны, верхушка администрации обычно не присутствует на сеансах небольшой группы (для таких обсуждений почти всегда существуют другие средства — например, какая-нибудь форма собраний психотерапевтического сообщества). Но здесь еще более досадна пустая трата драгоценного терапевтического времени. Превратить малую группу терапии в сеанс беспредметного ворчания или деловое собрание — значит потакать естественному сопротивлению пациентов психотерапии и позволить ее «золотому шансу» вырождаться в свинцовую реальность.

Второй вариант, выбираемый многими групповыми терапевтами, — это сосредоточение группового обсуждения на общих темах. Например, если один пациент говорит о самоубийстве или о галлюцинациях, о чувствах утраты или потере доверия (либо затрагивает иную личностную или межличностную тему), терапевт поощряет остальных членов группы к обсуждению их персонального опыта либо отношения к данной теме и тем самым вовлекает в работу группы. У этого подхода также есть ряд недостатков.

Часто такие тематические обсуждения бывают непоследовательны и чрезмерно умозрительны, поскольку большинство пациентов имеют низкую мотивацию к обсуждению тем, которые не представляют для них лично-

го интереса. Сеанс приобретает характер проблемно-ориентированной дискуссии, вместо того чтобы быть значимой, личностно-ориентированной психотерапией. Более того, подобные тематически ориентированные встречи часто оставляют у их участников смутное ощущение, что, несмотря на увлекательность дискуссии, ни один из них толком не понял, каким образом справиться со своим собственным дискомфортом.

Во многих психиатрических отделениях само название группы идет вразрез с эффективным взаимодействием. Нередко названия совершенно никак не связаны с действительным фокусом группы.

Например, одну из известных мне групп терапии именовали группой «жизненных решений», другую — группой «семейной жизни», третью — группой «принятия решений». Эти слоганы использовались в течение многих лет и перестали иметь отношение к тому, чем занималась группа. Например, я как-то наблюдал встречу группы «семейной жизни», где 7 из 8 участников не состояли в браке и жили в одиночестве.

Много раз я видел, что хорошо образованные клиницисты не справлялись с функцией ведущего группы, поскольку не знали, как обратить внимание группы на происходящие внутри нее процессы. Возьмем такой пример.

Встреча группы из 9 пациентов, руководимая медсестрой и психиатром-ординатором, второй год работавшим в клинике, началась с того, что два новых члена группы спросили руководителей о сути работы группы. Руководители, которые приняли на себя недирективную роль, адресовали этот вопрос всей группе. Вскоре Моррис, один из па-

циентов, заговорил о том, что он не видит пользы от своего участия в группе, потому что его проблема состояла в том, что он потерял работу, у него не было денег, ему пришлось во всем себя ограничивать, и в конце концов он обнаружил, что больше не осталось таких расходов, которые он мог бы урезать. Более 45 минут часовой встречи было поглощено подробным рассказом Морриса о его финансовых неудачах, обращенным к двум опешившим терапевтам и восьми другим пациентам, части из которых эта история была совершенно неинтересна, а остальные не испытывали никакого сочувствия. Единственным вкладом терапевтов в течение всего сеанса была попытка поощрить тех из присутствующих, кто сталкивался с финансовыми проблемами, поделиться своим опытом с группой.

Увы, от их внимания совершенно ускользнул главный момент всего этого часа групповой терапии — воздействие Морриса на других членов группы. Моррис вел себя как «заезженная пластинка»: в течение многих часов в других группах терапии он не говорил ни о чем, кроме своих финансовых затруднений. Другие пациенты считали совместное времяпрепровождение с ним совершенно невыносимым: они старались избегать его как в группе, так и в отделении. Изоляция Морриса — вот что было *действительной*, но так и не выраженной вслух темой встречи. Группа не могла разрешить его финансовые трудности, зато она могла преподать Моррису урок на тему того, как он отталкивает от себя людей и сам является виновником собственной изоляции. (Действительно, жена бросила его, дети и друзья его избегали, и вовсе не из-за его финансовых провалов, как считал он сам, но из-за навязчивой, постоянной озабоченности деньгами, погло-

щенности самим собой и нечувствительности к нуждам других.)

Руководители этой группы были хорошо подготовленными индивидуальными психотерапевтами и ни за что не потратили бы столько драгоценного времени в ходе индивидуальной терапии, сосредоточиваясь исключительно на симптомах. Но именно это они и сделали на том групповом сеансе! Они не сумели воспользоваться ни одной из очевидных доступных возможностей взаимодействия. Например, стоило исследовать чувства группы, вызываемые постоянным эгоцентричным «переливанием из пустого в порожнее» со стороны Морриса, отстраненность членов группы, досаду и разочарование, возникшие в группе по отношению к терапевтам, которые не обеспечили эффективное руководство в данном случае. Снова и снова я наблюдал, как удивительно спелые «терапевтические плоды» так и остаются увядать на дереве в результате неспособности (или нежелания) терапевтов сфокусироваться на взаимодействии.

Возьмем другой пример. Участвуя в десятках встреч стационарных групп, я видел, что психотерапевты редко фокусируют внимание группы на событии, которое в тот момент представляет огромную важность для ее членов, — а именно, на моем присутствии. У каждого из членов группы, несомненно, возникали какие-то чувства по поводу незнакомца, наблюдающего за встречами. Что воображали себе члены группы по поводу моей роли или моих взаимоотношений с терапевтом, или о том, что я буду делать с собираемым материалом? Все эти вопросы оставались неисследованными. Аналогично и многие другие важные события в группе оставались без обсуждения и исследования. Членам группы становилось скучно; они

приходили в возбуждение и покидали комнату без всяких объяснений; они вставали посередине встречи и садились на другое место; они перебивали друг друга; они засыпали; они намеренно изводили терапевта; они принимали неприемлемо враждебный или, напротив, любовный тон в разговорах друг с другом.

Если оставлять подобные события без внимания, то это вносит в группу ощущение нереальности, несущественности и бессмысленности происходящего. Притом что каждое из таких событий можно обратить на пользу пациентам — способами, которые я буду описывать позже.

Многим терапевтам не удается сфокусироваться на взаимодействии из-за недостатка навыков традиционной групповой работы. Способность упростить интеракцию между членами группы и помочь ее членам учиться, наблюдая за своим собственным прогрессом, — это приобретенный терапевтический навык, которому терапевт должен быть обучен. Однако такого обучения нет в структуре большинства профессиональных образовательных программ.

Есть и еще одна причина: терапевты часто боятся интерактивного подхода. Многие клиницисты (в особенности представители администрации отделения, весьма чувствительные к его репутации в психиатрическом сообществе, озабоченные медико-юридическими проблемами и сохранением контроля над всем отделением) приравнивают подход «здесь и сейчас» к провокации напряженности и конфликта, характерного для так называемой «группы открытого общения», к «сидению на горячем». С моей точки зрения, это ошибочное умозаключение. И главная цель этой книги — показать, что подход «здесь и сейчас» создает под-

держивающую, вдохновляющую атмосферу, способствующую *фасилитации*¹. И такая атмосфера, при правильной организации, будет приемлема даже для наиболее неуравновешенных психиатрических пациентов.

Каковы бы ни были причины, терапевты, избегающие интерактивного подхода, оказываются в положении плывущих по течению, запутавшихся руководителей, лишенных той уверенности в себе, которую обеспечивает опора на последовательную теорию и набор определенных стратегий и техник.

Все эти факторы вместе — недооценка групповой психотерапии, несистематичность занятий, неразбериха в отношении оптимального состава группы, профессиональное соперничество вокруг вопроса о руководстве группой и неверный выбор фокуса ее работы — значительно снижают эффективность стационарных групп. И надо отдать должное силе воздействия, внутренне присущей групповой терапии: несмотря на эти препятствия, она продолжает приносить пользу.

Эффективность стационарной групповой психотерапии

Споры об эффективности

Хотя групповая психотерапия на сегодня прочно утвердилась, многие заведующие кризисными стационарами сомневаются в ее эффективности и предпочитают не использовать в своих отделениях. Вероятно, в Соединенных Штатах групповую психотерапию сейчас проходят примерно столько же пациентов, сколь-

¹ Значение термина см. в глоссарии в конце книги. — *Прим. ред.*

ко индивидуальную. Трудно найти такие клинические условия — включая весь спектр амбулаторных клиник, тюрем, стационаров для хронических психиатрических больных, психологических медицинских отделений, школ для детей с отклонениями, программ отказа от курения, похудения и так далее, — где групповые методы не продемонстрировали свою очевидную пользу. Почему же в кризисном психиатрическом отделении возникает фундаментальный спор об эффективности групповой психотерапии?

В некоторых клиниках групповая терапия не получает поддержки из-за специфической клинической ориентации администрации отделения. Формальные учебные планы в программах психиатров-ординаторов или в школах для медицинских сестер редко предлагают тренинги по общей групповой психотерапии и почти никогда — по стационарной групповой терапии. Если только главный врач или координатор работы медицинских сестер не получил дополнительную подготовку по групповой терапии, то маловероятно, что он будет верно осведомлен о ее методах. Соответственно, не стоит ожидать, что он станет активно поддерживать модель лечения, с которой лично не знаком.

В других отделениях споры о роли групповой терапии на самом деле представляют собой дележи профессиональной «территории». Так сложилось, что стационарная групповая терапия у нас попала под «юрисдикцию» медсестер. А главный врач и психиатры нередко полагают, что медсестры, трудотерапевты и представители других «околомедицинских» профессий недостаточно квалифицированы, чтобы заниматься терапией. Тогда групповая терапия объявляется неэффективной, не получает поддержки или обесценивается.

Сюда добавляются и другие реальные проблемы. Многие клиницисты, подвергаящие сомнению жизнеспособность групповой терапии как формы лечения в современном кризисном отделении, обычно указывают на два фактора жизни кризисного отделения. Речь идет о краткости пребывания пациентов в клинике и широком спектре психопатологии (от незначительных невротических расстройств до очевидной психотической декомпенсации). Как, спрашивают эти клиницисты, могут группы терапии быть эффективными при таких условиях? В конце концов, стабильность членов группы и гомогенность выраженности их «эго» всегда считали обязательными требованиями развития сплоченности и терапевтического климата, столь важных для эффективного функционирования группы.

Эти аргументы отнюдь не беспочвенны. Я в двух словах проведу обзор некоторых свидетельств в пользу того, что «традиционная» групповая терапия — парадигма лечения, разработанная для другой клинической обстановки — действительно может оказаться неэффективной для стационарных условий. *Современное кризисное психиатрическое отделение устанавливает совершенно иные клинические условия и требует радикальной модификации традиционного подхода к групповой терапии.* Задача, конечно, гигантская, но выполнимая. Цель этой книги — описать подход к терапии, который хорошо приспособлен к новым клиническим условиям. [Г]

Если вы хотите, чтобы администрация отделения вкладывала свое время и энергию в программу групповой терапии, то ее необходимо убедить в том, что она эффективна. Групповые терапевты тоже должны быть убеждены в этом. Ранее я упоминал, что исследования

демонстрируют: чем сильнее изначальная вера пациента в то, что терапия ему поможет, тем лучше будет окончательный ее результат. То же верно и для самих психотерапевтов: если терапевт в начале лечения твердо убежден в том, что терапевтический процесс поможет пациенту, вероятность успеха сильно возрастает. И наоборот, ведущие групп, которые сомневаются в эффективности своего дела, ведут себя таким образом, что терапия не приносит никаких плодов.

Соответственно, если вы хотите выстроить эффективную программу стационарной групповой терапии, то вашей стартовой площадкой должна быть система убеждений медицинского персонала. Поэтому я собираюсь представить доказательства пользы группового психотерапевтического подхода в стационаре. Моя книга призвана стать клиническим руководством для работающих «на передовой» практиков, а не критиковать и анализировать результаты исследований, поэтому в данной главе я изложу конечные результаты в пользу групповой психотерапии. Описание же самих исследований и оценку методологии отправлю в приложение.

Данные исследований

В исследованиях эффективности стационарной групповой терапии обычно используют две базовых методологических стратегии. Одни авторы изучают взаимоотношения между типом программы стационарного лечения и ее результатами. Другие собирают ретроспективные отчеты пациентов по поводу ценности для них стационарной групповой терапии. Позвольте мне привести обзор данных каждого подхода по очереди.

*Стационарная групповая психотерапия
и ее результаты*

Как выстроить идеальный исследовательский проект, который обеспечил бы надежные данные об эффективности стационарной группы? Исследователю следовало бы изучить значительное количество пациентов, госпитализированных в кризисное отделение и по случайному принципу зачисляемых в группы терапии разных типов, а также в контрольную группу, которая не получает групповой терапии. Все прочие составляющие программы лечения каждого пациента должны быть в идеале неизменны и идентичны. Тогда результаты были бы определены систематически и объективно, а корреляции между результатами и природой группового опыта — измеримы.

Однако ни один такой проект осуществлен не был! И вряд ли осуществим. Здесь методологические проблемы столь огромны [Д], что существует очень мало действительно строгих исследований групповой психотерапии в современных кризисных отделениях. Более того, поскольку стационарные отделения в недавнем прошлом пережили радикальную модификацию, подавляющая часть прежних исследований потеряла свою значимость. Соответственно, нам приходится довольствоваться трудами, которые отнюдь не совершенны: либо страдают методологическими недостатками, либо были выполнены в отличных от нынешних, хотя и похожих, клинических условиях.

Одно из наиболее важных доказательств эффективности объявилось неожиданно и совершенно случайно. Команда исследователей [Е] изучала большую выборку пациентов, госпитализированных по случайному принципу в больничные отделения краткосроч-

ного или долгосрочного пребывания. Исследователи стремились определить соотношение между результатом лечения и длительностью госпитализации. Оказалось, что пациенты, находившиеся в клиниках недолго, демонстрировали значительно большие улучшения, чем те, кто оставались на длительный срок.

Исследователей заинтересовало, были ли эти результаты следствием исключительно краткосрочности пребывания пациентов в больнице — или здесь действовали какие-то иные дополнительные факторы? К своему большому удивлению, они выяснили, что разницу в степени улучшений между «долгосрочными» и «краткосрочными» пациентами можно почти полностью отнести на счет активного применения групповой терапии в отделениях краткосрочной госпитализации. Состояние пациентов, проходивших групповую терапию, независимо от срока госпитализации, существенно улучшалось (в особенности это касалось развития социальных навыков) по сравнению с пациентами, которые не получали групповой терапии.

Та же команда исследователей провела трехгодичное наблюдение за теми же пациентами и сообщила о еще одном интригующем факте: **пациенты, которые проходили групповую терапию в стационаре, с гораздо большей вероятностью посещали занятия по групповой терапии в своем амбулаторном послегоспитальном курсе лечения.** Это чрезвычайно важный факт, поскольку короткая психиатрическая госпитализация бывает эффективной только в том случае, если сочетается с адекватным последующим лечением и реабилитацией; а по данным многих исследований [Ж], групповая терапия является здесь особенно эффективным методом.

Другие работы продемонстрировали, что стацио-

нарная групповая терапия в открытом кризисном отделении практически устраняла необходимость перевода пациентов в закрытые отделения (хотя и не влияла на скорость выписки) [З]. Кроме того, было показано, что групповая психотерапия снижает рецидивы у пациентов с первичным диагнозом тревожного невроза (но это не относится к алкоголикам или пациентам с хроническими шизофреническими реакциями) [И].

Дальнейшее исследование результатов стационарной групповой терапии [К] по логике должно направляться следующим вопросом: *какие виды стационарной групповой терапии эффективны для тех или иных типов пациентов?*

Одно хорошо выстроенное исследование [Л] сравнивало эффективность четырех типов групповых ситуаций:

1. «Группа, фокусирующаяся на процессе и пациенте»: поддерживающая группа, где ведущий пытается разъяснять и интерпретировать взаимодействия между пациентами.

2. «Группа поведенческих задач»: здесь руководитель индивидуализирует программу поведенческой терапии для каждого члена группы.

3. «Группа психодрамы и гештальта»: группа провокации аффектов, где каждый член группы по очереди определяет и описывает свое переживание сильного аффекта.

4. Контрольная группа состояла из пациентов, не получавших в отделении никакой групповой терапии.

Исследователи обнаружили, что эффективность групп существенно различалась. Самые лучшие результаты были в группе с «фокусом на процессе и па-

циенте». Результаты поведенческой терапии были сравнительно скромными; а группа психодрамы и гештальта оказалась антитерапевтической: то есть у пациентов, посещавших ее, было отмечено усиление симптомов.

Другие исследования показали, что стационарная групповая терапия, проводимая в психоаналитическом стиле (то есть там, где стиль ведущего неактивен, не директивен, ориентирован на инсайт), в стационарных условиях неэффективна [М].

Эти исследования указывают, что нецелесообразно применять клинический подход, разработанный для одной обстановки (для долгосрочной амбулаторной работы), в совершенно других условиях.

Программы групповой терапии должны быть чувствительны к конкретным нуждам или особенностям пациентов. Есть убедительные свидетельства того, что состояние психотиков ухудшается, когда они занимаются в группах, возглавляемых недирективными лидерами, которые сосредоточиваются на инсайте и провоцировании аффекта. [Н]

Итак, исследовательские данные говорят о том, что в целом более терапевтичны кризисные отделения, использующие программы групповой терапии; что некоторые групповые подходы более эффективны, чем другие (недирективные, неструктурированные, ориентированные на инсайт, психоаналитические подходы менее продуктивны в стационарной обстановке); и что некоторые классические методы групповой психотерапии ухудшают состояние психотических пациентов.

Стационарная психотерапия, как и любая психотерапия, может обернуться и благом, и злом.

Адекватная групповая терапия способна принести значительную терапевтическую пользу, а иные формы рискуют усилить симптомы болезни.

Ретроспективные оценки пациентов

Несколько исследовательских проектов анализируют отчеты пациентов. Они в конце госпитализации отвечали на вопросы о своих взглядах на групповую терапию, а также давали сравнительную оценку множества вариантов стационарного лечения. [О] (Другие формы стационарной терапии, охваченные этими проектами: индивидуальная психотерапия, медикаментозное лечение, индивидуальные занятия с медсестрами, трудотерапия, деятельностная терапия и собрания психотерапевтического сообщества.)

О чем говорят данные этих исследований? Прежде всего, важно отметить, что существует значительная вариантность типов лечения. Стационары предлагают широкий спектр его разновидностей; и — почти как в столовой самообслуживания — пациенты выбирают те способы терапии, которые кажутся им наиболее полезными.

В целом результаты исследований сходятся в том, что пациенты выше всего оценивают индивидуальную терапию со своим психиатром. Однако это никоим образом не означает, что она — вне конкуренции. Даже в стационарах, где каждый пациент от 3 до 5 часов в неделю беседует с весьма опытным психиатром, менее 50% пациентов назвали индивидуальную терапию самой важной для себя. [П] И если отделения предлагали формальную программу групповой терапии — как минимум 3 групповых встречи в неделю — тогда этот вид лечения стабильно оказывался на втором месте.

Другое важное открытие, подтвержденное несколькими серьезными исследованиями, — способы терапии, которые получили самую высокую оценку у пациентов, основаны на взаимоотношениях. Четырнадцать наиболее высоко котирующимися пунктами почти неизменно оказывались индивидуальная терапия с личным психиатром, групповая терапия, беседы один на один с медсестрами и беседы с другими пациентами. Виды терапии, имеющие менее личностную основу (например, ремесла, повседневные занятия в отделении, медикаментозное лечение или встречи психотерапевтического сообщества) пациенты почти никогда не оценивали как очень эффективные. Очевидно, что госпитализированные психиатрические пациенты нуждаются в значительном поддерживающем межличностном обмене и восстановлении.

Ретроспективные исследования, кроме того, демонстрируют, что пациенты с разными особенностями получают пользу от различных типов терапевтического группового подхода. [P] Пограничные пациенты с невротическими расстройствами настроения особенно высоко ценят терапевтические группы и, как правило, сообщают, что оценивают свой опыт стационарной групповой психотерапии выше, чем индивидуальную терапию. Более того, они предпочитают группы, где им бросают вызов, где от пациентов ожидают принятия большей ответственности за их собственное лечение и сосредотачиваются на взаимодействии между членами группы.

Пациенты-шизофреники с меньшей вероятностью дают групповой терапии высокую оценку. В одном из исследований [C] они поставили групповую терапию на 3-е место среди 9 стационарных видов терапии (по-

сле индивидуальной психотерапии и бесед с другими пациентами). В целом они предпочитают группы, которые оказывают им большую поддержку и меньше от них требуют, где они не воспринимают себя как людей, неспособных к выполнению группового задания. Среди шизофренических пациентов чаще всех оказываются недовольны своим групповым опытом пациенты параноидального типа.

Результаты одного крупного исследования особенно ясно демонстрируют различие предпочтений тем или иным видам групп среди разных диагностических категорий [Т]. В изучаемом отделении каждый пациент, принимавший участие в исследовании, ежедневно посещал две группы. Первая включала половину пациентов отделения и была поддерживающей командой с мягким, без давления, подходом. Вторая группа была составлена из пациентов более высокого разговорного уровня, охотно идущих на беседу (уровневая группа), к ним предъявлялись более высокие требования, и здесь предполагалась большая ответственность за свою терапию. (Во время проведения этого исследования в отделении не было низкоразумной группы для регрессирующих психотических пациентов.) Пациенты-шизофреники, с одной стороны, и пациенты с пограничными проявлениями или с аффективными нарушениями — с другой, демонстрировали полную противоположность выбора. Шизофреники, которые посещали обе группы, ставили командную группу на 3-е место (из 11 возможных в стационаре занятий), а более «трудную» уровневую группу — на 7-е. Пограничные пациенты ставили уровневую группу на 1-е место, а командную — на 5-е. Пациенты с аффективными нарушениями оценивали уровневую группу как 2-ю по значимости, а командную группу — как 5-ю.

Исследовательская литература в целом сходится на том, что психотики наиболее успешно лечатся в поддерживающих, сосредоточенных на реальности, структурированных группах терапии, и им требуется скорее «запечатывание», чем раскрытие. [У] Они гораздо больше возбуждаются при неструктурированном групповом опыте и гораздо хуже ведут себя в группах, если слишком много рассказывают о себе. [Ф] Всесторонний обзор клинической литературы приводит к тому же самому выводу: психотические пациенты чувствуют себя намного лучше в стационарных группах терапии, ориентированных на реальность или деятельность, чем в ориентированных на инсайт. [Х] Обзор групповой терапии в отделениях дневного пребывания склоняет к идентичному выводу: групповая терапия, нацеленная на инсайт и высвобождение — *депрессию*¹, противопоказана пациентам-шизофреникам [Ц].

Краткое резюме исследовательской литературы

Изучив исследовательскую литературу, мы можем сделать три вывода относительно стационарной групповой психотерапии:

1. Групповая терапия является эффективным способом лечения в стационарных учреждениях. Она значительно улучшает результаты лечения; после выписки пациенты высоко ее оценивают; пациенты, проходившие лечение в стационарных группах, с большей вероятностью продолжают постгоспитальную программу лечения.

2. Тип групповой терапии очень важен. Классический подход к групповой терапии, разработанный для долгосрочной амбулаторной групповой терапии с нев-

¹Значение термина см. в «Глоссарии» в конце книги. — *Прим. ред.*

ротиками, неэффективен в обстановке кризисного стационара, а порой и антитерапевтичен. Для кризисного стационара требуется серьезная модификация методики групповой терапии.

3. Методика стационарной групповой терапии должна быть гибкой, ее следует подстраивать под конкретный состав пациентов: различные диагностические группы требуют неодинакового подхода к групповой терапии. Существуют основательные свидетельства того, что психотики и непсихотики требуют совершенно различных форм групповой психотерапии.

Стоит ли заниматься групповой терапией? Прочие аргументы

Помимо результатов исследований есть и другие свидетельства в пользу применения активной групповой программы в кризисном психиатрическом стационаре. Эти обоснования скорее рационально-гуманистического характера, чем доказательного.

Во-первых, давайте подумаем о причинах, по которым пациенты попадают в больницу. Хотя их изначальные симптомы варьируют, у значительной доли госпитализированных пациентов происходит декомпенсация в результате какого-либо личностного кризиса, часто — в результате реальной или гипотетической утраты ключевых межличностных отношений. Более того, подавляющее большинство пациентов донимают хронические межличностные проблемы — например, изоляция и одиночество, недостаток социальных навыков, сексуальные проблемы, конфликты в сфере власти и авторитета, гнев, проблемы близости и зависимости. Если сотрудники стационара хотят развить сочувственные, терапевтические отношения с па-

циентами, они должны обращаться к этим межличностным трудностям.

Группа терапии обращается к ним двумя важными способами. Во-первых, группа является в полном смысле слова терапевтической ареной, где пациенты учатся исследовать и корректировать неадаптивные межличностные стереотипы. Группа предлагает эффективный межличностный познавательный опыт для постгоспитальной адаптации ее участников к жизни. Пациенты учатся понимать, почему их поведение не дает им развивать межличностные отношения, которых они жаждут, а также обучаются социальным навыкам.

Во-вторых, стационарная группа терапии усиливает способность пациентов общаться друг с другом *в течение* госпитализации. Существуют весомые данные о том, что отношения между пациентами – важный фактор, определяющий результат. [Ч] Неформальные объединения пациентов и их взаимодействия вносят значительный вклад в эффекты госпитализации. Пациенты могут, с одной стороны, поддерживать, «подпитывать» и учить друг друга; с другой – они способны быть друг для друга угрожающим, отчуждающим, сбивающим с толку фактором. Фокусируясь на взаимоотношениях в среде пациентов, группа терапии увеличивает ту помощь, которую они получают друг от друга, вместо того чтобы оставлять развитие конструктивных взаимоотношений между ними на волю случая. Стационарные группы терапии, если их ведут правильно, уменьшают количество конфликтов между пациентами, облегчают включение в группу изолированных пациентов или изгоев, развивают чувство сплоченности и взаимного уважения и ломают межличностные барьеры, выстроенные страхом и стереотипами.

Стационарная группа психотерапии — это не только логичный способ разбирательства с настойчивыми межличностными потребностями пациентов, но и форма лечения, соответствующая клинической ситуации.

В типичном психиатрическом стационаре пациенты полностью погружены в жизнь сложной и мощной системы. Взгляд на пациента как на комнату без окон и обеспечение его только медикаментозным лечением и индивидуальной терапией — это терапевтическая халатность, лишаящая его значительного терапевтического потенциала, присущего социальной системе. Пациенты бодрствуют 16 часов в сутки и подчас бездарно тратят эти часы на заполняющие, или убивающие, время виды деятельности. Притом что опытные профессионалы, которые работают в большинстве психиатрических клиник, могут, при должной поддержке и ориентации, обеспечить пациентам важную терапевтическую помощь.

Полное погружение в социально-терапевтическую систему стало камнем преткновения эффективной психиатрической госпитализации с тех пор, как два столетия назад здесь произошла реформация под девизом морального обращения с пациентами — принцип нестеснения. В госпитальном лечении последнего идеологического поколения эта парадигма воплотилась в собраниях психотерапевтического сообщества. Хотя кризисная ориентация и быстрая смена пациентов в современном психиатрическом стационаре во многом подрывают психотерапевтическое сообщество (по крайней мере, в структурном отношении), его идеологические элементы — поддержка пациентов, ответственность и социальный тренинг — остаются в силе и присутствуют в программах терапии малых групп.

Отделения, где нет активных групповых программ, не только не могут предложить пациентам полный спектр доступной терапии, но часто бывают укомплектованы персоналом, который не в состоянии обеспечить поддерживающую терапевтическую среду, жизненно важную для психологического восстановления.

Сотрудники такого стационара, как правило, бывают деморализованы. Им внушают, что личный терапевт (обычно врач) — это эффективный проводник лечения. Их же роль сводится к охране и менеджменту, к обеспечению психотерапевтического сообщества и заполнению времени пациентов между сеансами индивидуальной психотерапии.

Эта ситуация неизбежно порождает недовольство. А как она может его не породить?! Медсестры сознают, что у них есть необходимые навыки для того, чтобы проводить эффективную терапию, и эти навыки остаются невостребованными. Раздраженный, деморализованный персонал, как известно каждому администратору, — это серьезная проблема. Недовольство персонала порождает междисциплинарные конфликты, пренебрежение нуждами пациентов, отклонение от лечебных мероприятий и кадровую текучку. Более того, есть убедительные свидетельства [Ш], что недовольство и конфликты среди персонала, особенно если они скрыты, а не выражены вслух (а отделения без программ групповой терапии как раз не в состоянии обеспечить постоянного средства поддержки, развития и разрешения конфликтов среди персонала), неизбежно подрывают терапевтическую эффективность отделения.

Заключение

Подводя итоги главы, можно сказать, что программы стационарной групповой психотерапии очевидно эффективны. Перспективные и ретроспективные исследования указывают, что стационарная групповая терапия обеспечивает действенное и благотворное использование времени пациентов и ресурсов отделения и персонала. Члены медицинского персонала, активно участвующие в программах групповой терапии, более склонны ощущать себя востребованными, оцененными и проходящими конструктивные испытания; следовательно, возрастает вероятность полезного вклада с их стороны во все аспекты стационарной терапевтической программы.

Однако для эффективного ведения групп требуются специализированные навыки. Обучение программам индивидуальной и амбулаторной групповой терапии не обеспечивает достаточной клинической подготовки для психотерапевта, занимающегося стационарными группами. Кризисное стационарное отделение имеет совершенно иную клиническую обстановку и требует радикальной модификации методов групповой терапии. Надеюсь, что в следующих главах мне удастся описать стратегии и методы, которые дадут возможность терапевтам успешно вести группы даже в самых сложных стационарных условиях.

Глава 2

Общие принципы стационарной групповой психотерапии

В этой главе после краткого обзора базовых принципов «традиционной групповой терапии» я рассмотрю особые клинические характеристики кризисного стационара и опишу модификации в ее техниках, необходимые для стационарных групп.

Последние три десятилетия происходил столь бурный рост групповой психотерапии, что требуется изрядная доля проницательности и воображения, чтобы отыскать в этих зарослях изначальный ствол «традиционной» групповой терапии. Однако традиционная ее форма предполагает долгосрочные амбулаторные занятия, разработанные для пациентов с невротическими проблемами. И профессиональные учебные планы, тренинги по групповой терапии, а также ведущие учеб-

ники, посвященные ей [1]¹, сосредоточиваются преимущественно на этой ее разновидности.

Тому есть несколько причин. Прежде всего, о долгосрочной групповой терапии известно гораздо больше. Это был первый вид широко практикуемых групповых занятий. Их описания начали повсеместно появляться в психотерапевтической литературе в 1940-х годах. И дело не только в том, что множество вдумчивых клиницистов вели наблюдения и записывали свои соображения по поводу амбулаторной групповой терапии, — сам ее формат упрощал исследования. Такие группы стабильны; пациенты обычно высокомотивированы и готовы к сотрудничеству с исследователем. Кроме того, здесь врачи и пациенты взаимодействуют достаточно долго — их удобнее изучать.

О стационарной групповой терапии нет столь подробных сведений, и на нее это влияет вдвойне негативно. Исследований мало по следующим причинам. Во-первых, ведущие клиницисты не занимаются стационарными группами терапии и вообще редко надолго остаются в больницах: политическая и административная текучка обычно приводит к быстрой смене старшего персонала (нередко ведущие клиницисты уходят на административные посты), что препятствует непосредственному контакту с пациентами. Во-вторых, как я говорил в приложении, клиническая обстановка современного стационара препятствует строгому исследованию.

Учитывая все сказанное, можно сделать вывод, что этой сфере еще повезло, что был собран свод знаний по амбулаторной групповой терапии, потому что принци-

¹ Здесь и далее так обозначаются сноски на «Список литературы», приведенный в конце книги. — *Прим. ред.*

пы долгосрочной амбулаторной групповой терапии гораздо проще обобщить, чем принципы любого другого подхода.

Представьте себе спектр групповой терапии: тренинги уверенности в себе, группы реабилитации, группы психоанализа, группы неизлечимо больных раком пациентов, группы наркозависимых, группы отказа от курения, гештальт-группы, группы транзактного анализа и многие, многие другие. Уже сам по себе разброс подходов препятствует их включению в единый учебный план.

Поэтому у преподавателей нет иного выбора, как обучать основным фундаментальным принципам, которые применимы к большинству вариантов, *ожидая, что студенты сами адаптируют эти принципы к своему уникальному клиническому окружению*¹. Я буду следовать этой дидактической модели.

Принципы традиционной групповой психотерапии

Подходящей стартовой площадкой для нас будет клиническая обстановка, которая всегда служит действенным инструментом в выстраивании формы терапии. Клинические врачи знают, что определенные клинические факторы (например, степень и вид психопатологии пациентов, мотивация, продолжительность лече-

¹ Более детальное изложение этих принципов и доказательства, на которых они основаны, см. в книге «Теория и практика групповой психотерапии» [2]. — *Прим. автора.*

ния, финансовые ресурсы) определяют цели терапии. Цели же терапии диктуют выбор терапевтических факторов, которые вступают в игру в самой группе. Они, в свою очередь, определяют выбор подходящих *терапевтических стратегий и техник*.

Клиническая данность

Типичная амбулаторная группа состоит из 6–8 пациентов и встречается раз или два в неделю; сеансы длятся приблизительно полтора часа. Пациенты остаются в одной группе несколько месяцев, а иногда и до 2–3 лет. Текучка среди членов группы минимальна, и одни и те же ее участники могут встречаться в течение нескольких месяцев подряд. Пациенты, как правило, вполне способны функционировать в своем окружении, но могут испытывать острый дистресс и трудности в результате скрытых невротических или характерологических проблем. Психотерапевты стараются создать группу, разнородную по типу проблем (по спектру симптомов и личностных проблем), но однородную по силе эго (например, группа, состоящая из пациентов с невротическими или характерологическими расстройствами, как правило, не включает психотиков или выражено пограничных пациентов).

Терапевт (или работающая вместе группа терапевтов) тщательно отбирает пациентов, проводит с ними собеседование на одном или двух индивидуальных сеансах и адекватно готовит их к опыту групповой психотерапии. Терапевт остается с группой по меньшей мере в течение года, обычно — на весь срок жизни группы. Пациенты, помимо этого, могут встречаться с руководителем группы на индивидуальных сеансах, но это практикуют редко.

Цели

Цели долгосрочной групповой терапии достаточно «честолюбивы» и полностью аналогичны целям долгосрочной интенсивной индивидуальной психотерапии. Групповые терапевты надеются, что их пациенты получат не только симптоматическое облегчение, но обретут иную характерологическую структуру. Пациентам помогают определять и трансформировать «долгоиграющие», неадаптивные межличностные паттерны поведения. И на выходе они не только разрешают текущий кризис, но благодаря обретению альтернативной модели опыта и поведения избавляются от повторения деструктивных личностных кризисов в будущем.

Терапевтические факторы

Я всегда прояснял свои собственные мысли по поводу групповой терапии, задав себе простой и наивный вопрос: как она помогает пациентам? Делая выводы из клинических исследований и общего мнения клиницистов, можно сформулировать набор базовых терапевтических факторов, внутренне присущих групповой терапии (в предыдущей работе [3] я называл их «лечебными факторами», но эпитет «терапевтические» больше подходит). Эти терапевтические факторы охватывают все поле групповой терапии. Они представляют собой сущность психотерапии. И хотя групповая терапия может немало различаться по своей внешней форме, все ее виды основаны на общих базовых механизмах изменений. Однако различные группы (в результате отличий клинической обстановки и целей) делают акцент на тех или иных кластерах этих терапевтических факторов. Действительно, как мы увидим

позже, пациентам в одной и той же группе могут оказаться полезными разные факторы.

Терапевтические факторы, о которых идет речь, таковы:

- 1. Обретение надежды**
- 2. Универсальность**
- 3. Сообщение информации**
- 4. Альтруизм**
- 5. Коррективная рекапитуляция первичной семейной группы**
- 6. Развитие социализирующих техник**
- 7. Имитационное поведение**
- 8. Катарсис**
- 9. Экзистенциальные факторы**
- 10. Сплоченность группы**
- 11. Межличностное обучение [4]**

1. Обретение надежды

Группы терапии дают надежду деморализованным и пессимистично настроенным по отношению к терапии пациентам. Члены группы находятся в разных точках шкалы «коллапса/адаптации» и могут обрести надежду благодаря примеру других участников (особенно с аналогичными проблемами), когда те получают пользу от терапии.

2. Универсальность

Пациенты часто начинают терапию с тревожным чувством того, что они уникальны в своих несчастьях, что у них одних имеются пугающие или неприемлемые импульсы и фантазии. Находясь в группе, пациенты слышат, как другие делятся схожими тревогами, фантазиями и жизненным опытом. Неподтверждение

чувства собственной уникальности несет пациенту значительное облегчение и переживание типа «добро пожаловать в мир людей».

3. Сообщение информации

Группы терапии исподволь или открыто снабжают своих членов информацией. Некоторые типы групповой терапии (например, «анонимные алкоголики», «совместная реабилитация», группы планирования выписки или группы овладения стрессовой ситуацией) включают дидактическую программу. Часто и менее структурированные группы обеспечивают значительную долю объяснений и прояснений своим членам, которые к концу терапии многое узнают о значении симптомов, о межличностной и групповой динамике и о базовых процессах психотерапии.

4. Альтруизм

Когда пациентов, завершивших курс групповой терапии, просят оглянуться назад и оценить ее, они неизменно воздают должное другим членам группы в деле улучшения их самочувствия. Пациенты начинают курс терапии, будучи деморализованы, со стойким ощущением того, что они не только не способны помочь сами себе, но у них нет ничего ценного, чтобы предложить другим. Узнать, что ты способен быть полезным другому, — это весьма освежающий опыт: он поощряет человека больше ценить себя, а также выйти из ограничивающего состояния мрачной самоуглубленности.

5. Коррективная рекапитуляция первичной семейной группы

Ситуация групповой терапии во многих отношениях напоминает ситуацию в родительской семье – пациенты склонны вновь переживать старые семейные конфликты. Однако терапевт постоянно бросает вызов поведенческим шаблонам, не способствующим адаптации, не позволяя им застыть в негибкой непроницаемой системе, которая характеризует многие семейные структуры. Таким образом, это не просто рекапитуляция, но коррективная рекапитуляция первичной семьи.

6. Развитие социализирующих техник

Все группы терапии помогают пациентам развить социальные навыки. Некоторые группы делают это открыто, используя такие процедуры, как ролевая игра: члены группы репетируют непростые социальные ситуации (например, собеседование при найме на работу или предложение пойти на свидание), а остальные участники выдвигают конструктивную критику. Другие группы проводят тренинг социальных навыков неявно – через межличностную обратную связь, которая сообщает участникам ценную информацию о неадаптивном, «обескураживающем» окружающих социальном поведении. Члены долгосрочных групп учатся слушать, быть отзывчивыми по отношению к окружающим, меньше осуждать их, они развивают способность к эмпатии и выражению сочувствия. Эти навыки будут представлять для них огромную ценность в будущем социальном взаимодействии.

7. Имитационное поведение

Участники группы терапии часто подражают некоторым чертам других членов группы, равно как и самому терапевту. Даже если это подражание живет недолго, сам процесс, когда человек пробует новый способ поведения, является бесценным катализатором «разморозки» — то есть разрушения негибких шаблонов поведения. Многим менее активным пациентам группы терапии помогает компенсаторная терапия — через наблюдение за терапией других членов, у которых имеется такое же «созвездие» проблем, как и у них самих.

8. Катафсис

Открытое выражение и высвобождение аффекта — важная часть группового терапевтического опыта. Но это частный процесс: сама по себе подобная «вентиляция» редко приводит к долговременной пользе. Что действительно имеет огромную важность — это что члены группы учатся выражать свои чувства и узнают, что выражение чувств не обязательно ведет к социальной катастрофе.

9. Экзистенциальные факторы

Экзистенциальный подход в психотерапии постулирует, что тревога человека и, следовательно, большая часть психопатологии, в значительной степени происходит от его столкновения с «глобальными вопросами» существования — вопросами смерти, свободы (ответственности и воли), одиночества и бессмысленности [5]. Группы терапии разбирают эти темы в открытой форме — пациенты делятся своими глубинными трево-

гами и откровенно обсуждают их, а также в неявной форме — благодаря фокусу на процессе проявления глобальных экзистенциальных вопросов. К примеру, группа может подчеркивать позицию тех пациентов, которые принимают ответственность за ее функционирование или акцентировать собственные роли в каждого участника группы. Другой пример касается вечного вопроса изоляции. Он проявляется в группе как жалобы пациентов на одиночество и неудавшиеся взаимоотношения. Они узнают (об этом я после коротко скажу) не только о том, что дают взаимоотношения, но и о том, чего они дать не могут. Близкие отношения с другими членами группы облегчат глобальное одиночество, но не уничтожат его. Каждый индивидуум должен принять факт ограниченности взаимоотношений и научиться встречать отчуждение лицом к лицу, поскольку оно внутренне присуще всякому бытию.

10. Сплоченность группы

Сплоченность — чувство «локтя», чувство того, что ты принят, что ты являешься значимым членом значимой группы. Это вид групповой терапии аналогичный «отношениям» в индивидуальной терапии. Но сплоченность — более широкое понятие. Оно охватывает отношения пациента не только с терапевтом, но и с другими пациентами и группой как целым. Это наиболее универсальный из всех терапевтических факторов групповой терапии. Все группы терапии оказывают помощь своим членам, позволяя им пережить опыт принадлежности к группе. Большинство психиатрических пациентов из-за нарушенных межличностных контактов и навыков имеют в своей жизни не так уж много

близких взаимоотношений. У них мало возможностей для эмоциональной откровенности и принятия другими людьми. Вообще их «групповая история» весьма бедна событиями. Для таких пациентов возможность поделиться своими переживаниями, быть принятым и успешно взаимодействовать с другими людьми в группе может иметь большое терапевтическое значение.

11. Межличностное обучение

Терапевтический фактор межличностного обучения, в отличие от сплоченности, отнюдь не вездесущий групповой механизм. Есть несколько типов групп (например, группа поддержки раковых больных, группы поведенческой терапии или группы наподобие «анонимных алкоголиков» и «совместного исцеления»), не задействующих этот терапевтический фактор. Однако в группах, которые включают в свои цели разъяснение и модификацию межличностного поведения, *этот фактор является чрезвычайно мощным. Он также весьма сложен, и из всех терапевтических факторов именно он обычно бывает часто недопонят и недоиспользован в стационарных группах.* Поэтому я буду говорить о нем больше, чем о других факторах.

Межличностное обучение в групповой терапии эквивалентно таким факторам индивидуальной терапии, как самопонимание, или инсайт, работа через перенос и коррекционный эмоциональный опыт. Межличностное обучение включает определение, разъяснение и изменение неадаптивных межличностных отношений.

Чтобы логически обосновать и пояснить действие этого терапевтического фактора, я должен сначала описать три базовых посылки, на которых он покоится:

1. Межличностная теория
2. Группа как социальный микрокосм
3. Принцип «здесь и сейчас»

Межличностная теория. Прежде всего, позвольте мне постулировать, что групповая терапия базируется на межличностной теории. В самом общем виде эта теория предполагает, что структура характера человека формируется под действием его предыдущих межличностных отношений и что текущие симптомы пациента – проявление неупорядоченных межличностных отношений. Отдельные пациенты обращаются за помощью, имея в запасе широкий спектр жалоб, но им свойственна общая большая трудность в установлении и поддержании удовлетворительных и продолжительных взаимоотношений.

Язык групповой терапии – язык межличностный. Жалоба каждого пациента непременно должна быть переведена в межличностные термины, и затем работать с ней надо соответственно. Например, межличностная психотерапия депрессии не основана на лечении депрессии: психотерапевт при этом подходе не имеет никакой точки опоры, никаких рычагов. Вместо этого он исследует лежащие в основе всего межличностные нарушения (при депрессии это часто бывают синдромы пассивности, зависимости и катастрофические реакции на утрату), а затем соответственно «лечит» межличностную проблему.

Задача терапевта в группе — помочь пациентам узнать как можно больше о своих искаженных, расстроенных межличностных взаимоотношениях и изменить их.

Но как же группа упрощает этот процесс? Каким образом группа из 7 или 8 членов может систематически исследовать и изменять сложную сеть прошлых и теперешних взаимоотношений каждого участника? Безусловно, ни у одной группы терапии нет ни времени, ни терпения для такого предприятия. Чтобы понять межличностную терапевтическую задачу, требуется иная концепция.

Группа как социальный микрокосм. Группа терапии функционирует как социальный микрокосм. Эта концепция постулирует, что при наличии достаточного количества времени человек начинает вести себя в группе терапии очень близко к тому, как он ведет себя в своем социальном окружении. Межличностное неадаптивное поведение, которое подрывает социальное приспособление пациента, разыгрывается заново, когда пациент взаимодействует с другими в терапевтической ситуации. Если, например, человек жаждет близости, но в жизни пытается добиться ее таким категорическим, порабощающим способом, что оказывается отвергнутым и изолированным, то и в группе он неизбежно будет подпадать под действие того же шаблона. Человек, являющийся «в жизни» скромным или несносным, боящимся близости или настроенным на деструктивное соперничество, будет таким же и в группе терапии.

Другими словами, часть отражает целое. Во всех терапевтических форматах — групповом, индивидуальном или семейном — терапевты делают допущение, что небольшой фрагмент поведения, который они видят перед собой на терапевтическом сеансе, отражает более широкие шаблоны поведения. Хотя этот принцип является ключевым во всех формах психотерапии, свое самое явное воплощение он обретает именно в групповой.

Группа состоит из столь разных человеческих типов (из мужчин и женщин, молодых и старых, сверстников, соперников, властных натур, образованных и невежественных, богатых и бедных, представителей множества профессий) и становится миниатюрной социальной вселенной для каждого пациента.

Подведем итоги: терапевтический фактор межличностного обучения основан на интерперсональной теории, которая постулирует, что источником психопатологии, независимо от ее внешней симптоматической картины, являются разладившиеся отношения с другими людьми. Пациент страдает от нарушенных межличностных отношений, и терапия состоит в том, чтобы помочь личности развить адаптивные, более удовлетворительные взаимоотношения. Более того, терапевт группы делает допущение, что неадаптивные межличностные шаблоны пациента вновь и вновь проигрываются в контексте психотерапевтической группы. Помогая каждому пациенту осознать шаблон его поведения внутри группы, терапевт помогает ему понять более широкие шаблоны межличностного поведения в его жизненном социальном окружении.

Принцип «здесь и сейчас». Это допущение предполагает, что все необходимые данные для прояснения затруднений, существующих в жизни пациента, присутствуют непосредственно в стенах помещения, где проходит терапия – в групповом взаимодействии по принципу «здесь и сейчас». Пациенту совершенно необязательно предоставлять группе подробный рассказ о своем прошлом или пускаться в описание того, что пошло не так в его жизни; гораздо более точные и «живые» данные возникают из наблюдения непосред-

ственного межличностного поведения пациента «здесь и сейчас». Более того — и это ключевой пункт для терапевтической стратегии — пациент, который исправляет неадаптивные межличностные шаблоны и рискует попробовать новый способ поведения на условиях «здесь и сейчас» — в группе, в конечном счете перенесет обретенное знание во внешнюю жизнь.

Из этого следует, что главный фокус группы должен быть сосредоточен на моменте «здесь и сейчас», — на событиях, которые происходят непосредственно во время сеанса групповой терапии.

Первоочередная цель группы терапии смещается с нереалистической задачи — то есть разрешения каких-то проблем «там» — на внутреннюю групповую задачу, то есть состоит в том, чтобы помочь каждому члену группы узнать как можно больше о своем способе общения с каждым из остальных членов группы.

Фокус на переживании «здесь и сейчас» настолько жизненно важен для групповой терапии, что я буду более подробно говорить о нем позже (в главе 4), но стоит отметить, что он не только полезен для фасилитации фактора межличностного обучения, но также служит катализатором для прочих терапевтических факторов.

Давайте, например, подумаем о сплоченности. Если мы хотим, чтобы группа была сплоченной, участники должны расценивать ее как эффективную — то есть верить, что группа даст им возможность добиться своих персональных целей и получать удовольствие от занятий. Группа, сосредоточенная на «здесь и сейчас», на своем собственном взаимодействии, почти всегда бывает живой и сплоченной. Нет ничего более мертвящего, чем встреча

группы терапии, во время которой большинство участников сидит и без всякого энтузиазма слушает одного из пациентов, обсуждающего во всех подробностях какой-нибудь аспект своей прошлой или нынешней жизненной ситуации. Часто такой рассказ бывает сбивчивым, как правило, — неточным и зачастую имеет очень малую значимость для всех присутствующих — в особенности для тех участников группы, у которых не было возможности свести близкое знакомство с рассказчиком. В лучшем случае слушатели надеются на формат «живой очереди»: на то, что со временем придет их черед, то есть им будет позволено представить свои жизненные проблемы на суд группы в поисках поддержки или решения. (К сожалению, в стационарной группе с быстрой сменой участников очередь для многих пациентов так никогда и не настанет.)

Когда группа сосредоточивается на моменте «здесь и сейчас» и терапевт прямо и недвусмысленно объясняет пациентам, почему важно изменять межличностные стереотипы, тогда члены группы ощущают ее как важную и эффективную. Группа, в которой члены постоянно выражают свои наблюдения и чувства по отношению друг к другу, — это группа, где ни один из участников не остается в стороне. У всех есть понимание того, что в любой момент они могут оказаться в центре внимания группы; и группа, где происходит такое взаимодействие, неизменно демонстрирует очевидную заинтересованность пациентов, более высокий моральный дух, лучшую посещаемость и, в конечном счете, гораздо большую сплоченность.

Группа, живущая по принципу «здесь и сейчас», упорствует и развитие социальных навыков. Ее члены получают обратную связь и приучаются видеть себя глазами других людей. Они обнаруживают, например, какие

именно аспекты их поведения поощряют окружающих либо сближаться с ними, либо избегать их. Они узнают, что прежде бессознательно занимались саморазрушением: хотя и жаждали общения с другими, их поведение приводило к обратному — нежеланной изоляции.

Терапевтические факторы: краткое резюме

Я раздробил групповой терапевтический процесс на отдельные части и говорил об этих 11 факторах так, как если бы они были отдельными сущностями. Разумеется, они таковыми не являются, а находятся в тесной взаимозависимости. Между этими терапевтическими факторами происходит взаимная фасилитация. И, как видно из последних нескольких параграфов, плюс к этому разные члены одной и той же группы терапии могут ценить разные факторы. В действительности один и тот же пациент на разных стадиях терапии порой отдает предпочтение различным факторам.

И все же можно сделать некоторые общие выводы о сравнительном потенциале терапевтических факторов в традиционной долгосрочной терапии. Большинство успешных пациентов групповой терапии считают наиболее важным фактор межличностного обучения в сочетании с катарсисом и инсайтом [6]. Пациенты получают информацию о том, как они демонстрируют себя другим людям, начинают понимать, что их застывшие межличностные паттерны не реалистичны в теперешних жизненных ситуациях, приоткрывают прежде незнакомые стороны своей личности и постепенно осваивают новый стиль поведения. Ни один из этих шагов не является целиком и полностью сознательным, но они сопровождаются выражением аффекта и ощу-

щением принятия со стороны группы. Более того, пациенты начинают осознавать, что они сами должны взять на себя полную и окончательную ответственность за то, как они проживают собственную жизнь. Таким образом, межличностное обучение, катарсис, сплоченность и экзистенциальные факторы играют главную роль на средних и конечных стадиях долгосрочной групповой терапии. Остальные факторы, менее часто упоминаемые пациентами, — такие как универсальность, обретение надежды и альтруизм — играют более важную роль на более ранних стадиях формирования группы.

Заметьте также, что эти факторы развиваются в течение долгого времени. Часто шаблоны межличностного поведения становятся очевидными далеко не сразу. Например, человек может быть очарователен и великодушен в начале отношений, а потом начинает эксплуатировать других. Иногда требуется не один месяц, чтобы этот шаблон полностью развернулся и члены группы распознали бы его и отреагировали. Человек, выслушивая это, получает обратную связь и осознает некоторые из доселе неизвестных ему проблем своего поведения. Тогда он постепенно начинает экспериментировать с новым поведением. Весь темп продвижения группы в целом нетороплив и размерен; проблемы тщательно и сознательно прорабатываются. Пациенты мало-помалу все лучше узнают друг друга, и каждый нюанс поведения оказывается изученным. Окончание лечения, разумеется, знаменательное событие. Прощание бывает трудным и занимает долгое время. Порой даже несколько сеансов посвящают изучению динамических проблем, возникающих в результате завершения терапии.

О базовых принципах традиционной групповой те-

рапии можно говорить еще долго. Однако в мои намерения не входит их полное описание, я старался предложить этот обзор лишь в качестве декорации для размышлений о стратегических модификациях, которых требуют условия кризисного стационара.

Клиническая данность стационарной группы

Как бы ни была эффективна традиционная групповая терапия для амбулаторных пациентов, в отношении стационарных пациентов она не работает. *Клиническая ситуация современного кризисного психиатрического стационара – совершенно иная и требует радикальной модификации методов групповой психотерапии.* Позвольте мне начать с анализа суровой правды жизни, с которой терапевт стационарной группы вынужден сталкиваться лицом к лицу.

1. Смена состава пациентов весьма значительна. Средний срок пребывания в стационаре составляет от одной до трех недель. Как правило, почти на каждой встрече в группе появляется новый участник.

2. Многие пациенты посещают групповые встречи всего раз или два. Нет времени на то, чтобы проработать окончание лечения. Кто-нибудь из членов группы покидает ее почти на каждой встрече, и фокусировка внимания на выписке может поглотить все время занятия.

3. Приходится иметь дело с широким спектром и неоднородностью психопатологии: у пациентов может быть психоз, невроз, нарушения характерологического порядка, злоупотребление различными вещества-

ми, подростковые проблемы, общие аффективные расстройства, нервная анорексия — и притом у участников одной группы.

4. Все пациенты ощущают острый дискомфорт; они стремятся к разрешению психоза или острого отчаяния, а вовсе не к личностному росту и пониманию себя. Как только пациент выходит из острого кризиса, его выписывают.

5. В группе присутствует множество недостаточно мотивированных пациентов: они не желают здесь находиться; они могут быть психологически неискушенными; они могут не соглашаться с тем, что им требуется терапия, и часто не они платят за терапию; они могут практически не испытывать любопытства по отношению к самим себе.

6. У терапевта нет времени готовить к психотерапии и обследовать пациентов.

7. Часто терапевт не контролирует процесс составления группы.

8. Невелика стабильность и среди самих терапевтов. У многих из них посменное расписание, и они, как правило, не могут посещать все встречи одной и той же группы.

9. Пациенты в течение дня, проводимого в отделении, общаются со своим собственным терапевтом совершенно в иной роли.

10. Групповая психотерапия здесь лишь один из множества видов лечения, в которых участвует пациент; некоторые из этих других видов он проходит вместе со своими товарищами по группе, а зачастую — и с тем же самым терапевтом.

11. В группе редко наблюдается сильное чувство сплоченности; у ее участников не так много времени,

чтобы научиться заботиться друг о друге и доверять друг другу.

12. Нет времени на постепенное распознавание тонких межличностных паттернов и на их проработку, равно как нет возможности сосредоточиться на перенесении опыта на ту ситуацию, которая окружает пациента в домашней обстановке.

Цели стационарной групповой психотерапии

Одно из наиболее важных действий терапевта стационарной группы – постановка целей. Терапевт должен формулировать цели, созвучные клиническим условиям, которые я только что описал. Существует два отдельных, но параллельных процесса постановки целей. Прежде всего это молчаливый процесс, который происходит в уме терапевта и обеспечивает каркас плана действий в отношении конкретного пациента и группы в целом. В то же время терапевт сознательно помогает каждому члену группы установить осознанные цели для индивидуальной работы в группе. В этом разделе я буду говорить о внутреннем, молчаливом процессе постановки целей, а в главе 5 рассмотрю способы, которыми терапевт непосредственно помогает пациентам сформулировать собственные цели терапии.

Переоценить важность постановки целей невозможно. Не имея подходящих целей, и терапевт, и пациент во время сеанса групповой терапии предаются бессмысленным блужданиям. Группа терапии, которая преследует неподходящие цели, обречена на провал в самом начале работы. Ранее я описал задачи психоте-

рапевта, работающего с невротическими пациентами в долгосрочной традиционной групповой терапии, а именно — облегчить симптомы, *а также* спровоцировать значимые изменения в структуре характера. Но в отношении стационарной группы такие амбициозные цели нереалистичны, и те групповые терапевты, которые их придерживаются, быстро становятся нигилистами и приклеивают себе (и групповой терапии в целом) ярлык бесполезных.

Чрезмерно амбициозные цели не только не эффективны, но часто и антитерапевтичны.

Например, в одном клиническом отчете [7] описана 26-летняя мать семейства, госпитализированная в связи с манией преследования: женщина была уверена, что ее семья находится под наблюдением и в большой опасности. Ее остропсихотическое поведение удалось успешно взять под контроль с помощью психотропного лечения, и оно перешло в обсессивно-компульсивную заботу о том, чтобы как можно совершеннее выполнять все свои домашние обязанности. Когда группа попыталась копнуть глубже лежащую в основе всего этого динамику (гнев на мужа, ранние утраты в детском возрасте, перенос гнева, вызванного матерью, на собственного мужа и так далее), женщина впала в растерянность и психотическое расстройство стало у нее более ярко выраженным. Группа терапии стала приносить ей пользу, когда сменила тактику и начала поддерживать ее, усилив тем самым обсессивно-компульсивные механизмы ее защиты.

Что действительно необходимо — так это набор реалистических целей, целей, которых госпитализированные в стадии кризиса пациенты могут достичь в очень ограниченном временном промежутке. Но важ-

но иметь в виду, что цели стационарной группы *не идентичны* целям кризисной стационарной госпитализации. Групповые терапевты столь же часто совершают эту ошибку, как и ошибку постановки долговременных терапевтических целей. Сегодня задача краткосрочной психиатрической госпитализации в стационар — «смягчить проблематичное поведение пациента таким образом, чтобы он снова смог функционировать вне больницы» [8]. У больничного отделения есть несколько эффективных способов решения проблем пациента в остром кризисе: например, психофармакология, вывод из зоны вредоносного внешнего давления, предоставление альтернативы саморазрушительному поведению, соматическая терапия, терапия средой, поведенческая модификация, релаксационная терапия, установление границ и пределов. Каждый из этих терапевтических методов играет в лечении пациента собственную роль, но отнюдь не все роли сразу.

Например, когда нужно быстро снизить подавляющую пациента тревожность, групповая терапия намного менее эффективна, чем психофармакология, тренинг по биологической обратной связи или релаксационная терапия. Нереалистично ставить целью небольшой группы терапии смягчение острого психотического поведения. Это почти неизбежно приведет к тому, что группа терапии проявит себя как неэффективная и, как следствие, будет таковой и считаться.

До сих пор я говорил о неприемлемых целях. Чего же разумно ожидать от стационарной групповой терапии?

Для начала персонал отделения следует убедить в том, что психотерапии на самом деле есть что предложить. Порой члены медицинского персонала приходят

к выводу, что, поскольку психотические нарушения имеют генетическую биологическую основу и поскольку антипсихотическое медикаментозное лечение чрезвычайно эффективно, от психотерапии в общем мало толку, если не считать того, что это интересный способ времяпрепровождения. Однако, как я продемонстрировал в главе 1, этот вывод совершенно необоснован.

Представьте себе такую модель, которая, несмотря на ее простоту, может оказаться полезной в обеспечении разумной перспективы и взглядов на роль психотерапии. Давайте предположим, что человек, чтобы считаться психотиком, должен набрать 100 баллов и что свой вклад в эти баллы вносят два фактора: генетико-биологический и степень испытываемого стресса. У некоторых личностей генетико-биологический груз настолько тяжел, что даже простых, обычных стрессов повседневной жизни оказывается достаточно, чтобы спровоцировать психоз. А другие личности (не без участия генетико-биологического фактора) могут достигать психотического уровня (100 баллов) лишь в результате серьезного стресса (обычно проистекающего из расстроенных, неудовлетворительных межличностных отношений). Психотерапия, помогая избегать стресса и справляться с ним, может сыграть жизненно важную роль в уменьшении предрасположенности человека к психозам.

Вовлечение пациента в двойственный терапевтический процесс

Первичная цель стационарной группы терапии (притом такая, которая закладывает фундамент для множества других целей) – вовлечь пациента в процесс психотерапии. Терапевт должен иметь в виду, что опыт стацио-

нарной группы является частью двойственного процесса терапии: *горизонтального* (то есть многоаспектной программы лечения, осуществляемой в отделении) и *лонгитюдного* (то есть постгоспитального курса лечения).

Горизонтальный процесс

В главе 1 представлены сведения, которые подтверждают важность взаимодействия пациентов. Маленькая группа терапии — очень эффективный инструмент фасилитации взаимоотношений пациентов друг с другом, особенно среди участников одной группы. Группа позволяет некоторым пациентам проработать возникшие между ними разногласия. Например, соседи по комнате часто обнаруживают, что тесное совместное проживание день за днем порождает рост напряженности. Другие пациенты нуждаются не столько в разрешении открытых конфликтов, сколько в проработке трудностей, которые у них возникают при сближении с другими людьми.

Например, одна пациентка по имени Джоан проводила большую часть времени в своей палате, читая. Она выходила из палаты только для того, чтобы посетить столовую и обязательные занятия в отделении. Джоан оправдывала такое поведение тем, что повседневная жизнь (она была менеджером высокого уровня) чрезвычайно изводит ее и что благодаря госпитализации впервые за два года у нее появилось время просто побыть одной и почитать. Главной причиной госпитализации Джоан была паника и ярость по поводу угрозы распада ее брака. Однако в ходе терапии скоро стало очевидно, что ключевой проблемой ее семейных неурядиц был страх близости и избегание ее. Таким образом, для Джоан постановка такой цели, как

проработка своих трудностей в общении с другими пациентами, была вдвойне значительна. Эта задача касалась главной проблемы ее жизни и помогла ей найти гораздо лучшее применение терапевтического потенциала стационара.

Другой пациент пытался покончить с собой по требованию «голосов» — своих слуховых галлюцинаций. Он держался изолированно от остальных пациентов отделения, потому что был убежден, что другие не станут мириться с его «безумными» мыслями. Следовательно, задача маленькой группы состояла не в том, чтобы заставить эти «голоса» замолчать, а помочь ему более эффективно справляться с последствиями своей болезни [9]. Поделившись своими переживаниями с группой, он вскоре развеял страх остракизма и, как следствие, перестал испытывать гнет совершенно ненужной, спровоцированной им самой изоляции.

Лонгитюдный процесс

В главе 1 и приложении я привожу свидетельства, подкрепляющие мои выводы о том, что (1) короткая госпитализация полезна только в том случае, если она дополняется эффективной постгоспитальной терапией; (2) особенно действенной постгоспитальной терапией является амбулаторная групповая терапия; (3) успешная программа стационарной групповой терапии повышает вероятность того, что пациенты будут участвовать в групповой терапии, выйдя из больницы.

Таким образом, важная цель стационарной группы — познакомить пациентов с психотерапией. Причем следует обеспечить психотерапевтический опыт настолько существенный, комфортный и эффективный, что они примут решение продолжать его впоследствии.

Беседа помогает

Элементарная, но важная цель стационарной группы состоит в том, чтобы пациенты просто-напросто поняли, что беседа помогает. Они осознают, что снятие с души груза проблем — их обсуждение — не только дает немедленное облегчение, но и инициирует процесс изменений. Как я уже говорил, благодаря терапевтическому фактору универсальности человек может увидеть, что окружающие очень на него похожи, что он не уникален — ни в отношении «ужасных чувств или мыслей», которые у него появляются, ни в отношении неурядиц его собственной жизни. Он узнает (нередко — впервые в жизни), что его собственный опыт, по сути, является обычным *человеческим* опытом, что подобное переживают многие другие. Это приносит огромное утешение и является одним из наиболее мощных противоядий к состоянию разрушительной изоляции.

Определение проблем

Одна из главных целей стационарной группы терапии — помочь человеку прояснить проблемные моменты в его способе общения с другими. Хотя групповая терапия — и не самое эффективное средство для снижения тревоги, облегчения глубинной депрессии или смягчения психотического мышления и поведенческих нарушений, она все равно создает уникальную в своем роде терапевтическую обстановку, помогающую индивидуумам осознать свое неадаптивное межличностное поведение.

Заметьте, что терапевтам, работающим в стационарной группе, приходится довольствоваться «определением проблем». Они помогают каждому пациенту

идентифицировать главные проблемные области и поощряют его к работе над этими областями в будущем, в постгоспитальной психотерапии. В отличие от амбулаторно работающих терапевтов, стационарные лишены такой роскоши (и источника удовлетворения), как возможность не только идентифицировать главные межличностные проблемы, но проработать значения этих симптомов вместе с пациентом, а затем наблюдать процесс изменений.

Давайте рассмотрим клиническую ситуацию, возникшую в группе, где были установлены недвусмысленные правила: встречи должны начинаться вовремя, опоздания запрещены. Через пару минут после начала встречи **26-летняя пациентка по имени Мэри** спросила терапевта, может ли она выйти из комнаты и взять себе чашку кофе. Терапевт не обратил особого внимания на ее вопрос, пробормотав, что уже слишком поздно. Минутой позже кто-то сделал замечание о том, что вот-вот придет еще один член группы, и Мэри воспользовалась этой возможностью, чтобы снова спросить, нельзя ли ей пойти за кофе — раз уж группа все равно ждет опоздавшего.

Терапевт в процессе беседы сосредоточился на этом моменте: поведение Мэри подсказало ему природу ее взаимоотношений с окружающими. Первичной точкой отсчета стало сильное чувство досады, возникшее у самого терапевта. Он объяснил Мэри, что ее просьба поставила его в сложное положение. С одной стороны, он был не против того, чтобы она выпила кофе, поскольку ему не по душе роль человека, постоянно говорящего «нет» взрослым людям. Но, с другой стороны, он убежден, что принятые правила пунктуальности идут группе на пользу. Понимала ли она, что

связала его такой просьбой? Понимала ли она, что таким образом вынуждала его обращаться с ней, как с ребенком, а не как с 26-летней женщиной? «Возможно, — размышлял вслух терапевт, — вы так же поступаете и с другими людьми. Если да — то не стоит ли вам проработать эту важную проблему в ходе терапии в будущем?»

В этот момент несколько других пациентов в группе заявили, что Мэри часто и их ставит в положение, обязывающее относиться к ней так, как будто она дитя. Мэри признала — да, действительно, последней репликой мужа, который недавно ее оставил, был упрек в том, что она пытается превратить его в «папочку». Мэри занимала позицию беспомощного ребенка: она заявила, что чувствует себя настолько неуправляемой, что ей нужен «папочка», который мог бы о ней позаботиться. Терапевт предположил, что она лукавит, используя формулировку от обратного: первичным ему казалось как раз то, что ей нужен «папочка». Ее мнимая «неспособность сладить с собой» или стремление быть «неуправляемой» были всего лишь способом (притом неэффективным, если судить по реакции на нее терапевта во время встречи группы) обнаружить в своем окружении и привлечь внимание такого «папочки».

Этот разговор занял 4—5 минут. Вот и вся работа, которая была проведена с Мэри во время одного группового сеанса. И все же это была важная работа. Терапевт выявил проблему, указал на нее пациентке. Остальные члены группы помогли Мэри согласиться с тем, что это одна из основных ее проблем. Мэри осознала ее значительность в своем нынешнем жизненном кризисе. Информация была предоставлена ей в достаточно поддерживающей и пробуждающей любопытст-

во манере, благодаря чему у Мэри возникли мотивы продолжить работу над этой проблемой в ходе своей постгоспитальной психотерапии.

Джон — 20-летний пациент, страдавший галлюцинациями и шизофреническим бредом — послужит нам другой иллюстрацией определения проблем. Целью стационарной групповой терапии для Джона было вовсе не разрешение проблемы спутанности сознания или искоренение галлюцинаций: это — задача преимущественно антипсихотического медикаментозного лечения. А групповая терапия действительно могла оказаться полезной Джону в распознавании его межличностных проблем, которые постоянно подпитывали ощущение дискомфорта и продлевали психотическую декомпенсацию. Джон был навязчивым болтуном с чрезвычайно развитым комплексом нарциссизма. Он постоянно перебивал собеседников и отказывался их слушать, чем раздражал остальных пациентов, заставляя их при малейшей возможности избегать себя. Последовавшая в результате изоляция, разумеется, только усиливала тревожность Джона и таким образом углубляла его психотическую декомпенсацию.

Задача групповой терапии в случае Джона — помочь ему понять, что его поведение неадаптивно. Терапевты группы преуспели в этом, но не за счет интерпретации (Джо для этого подхода был в слишком стрессовом состоянии), а предлагая ему такие роли в группе, которые учили его альтернативным, менее эгоистичным способам поведения. Например, они поручали Джону представить группе новых членов либо попросить этих новых участников рассказать что-нибудь о себе, либо он должен был строить вслух предположения о том, как те или иные члены группы чув-

ствуют себя, когда их перебивают или когда они не получают достаточно времени для рассказа.

Через пару недель симптомы психотического поведения у Джона сгладились. К этому моменту терапевты сумели помочь Джону понять, что его первоначальное поведение в группе было саморазрушительным, а его нынешнее поведение помогло ему завоевать то уважение и внимание, которого он действительно добивался от остальных. Этот процесс был ясным и значимым: идентификация Джоном саморазрушительных поведенческих шаблонов была важным актом и составила вполне самостоятельную цель его участия в группе стационарной терапии.

Облегчение ятрогенной тревожности

Еще одна цель малой группы психотерапии — помочь облегчить тревогу, связанную с госпитализацией. Вдобавок к первичной дисфории, которая предшествует госпитализации и делает ее необходимой, дополнительный дискомфорт возникает в результате больничного опыта. Часть дискомфорта является результатом общего процесса госпитализации, а другая его часть — результатом напряженности, связанной с конкретным стационаром.

Прежде всего, **рассмотрим типы стресса, присутствующего процессу госпитализации.**

Одни пациенты испытывают сильное чувство стыда: помещение в психиатрический стационар становится символом их неспособности справиться с жизнью.

Другие обеспокоены, и часто — не без причины, возможным воздействием госпитализации на их общественный статус. Их волнует вероятная стигматиза-

ция: как теперь будут реагировать на них члены семьи, друзья, коллеги по работе, соседи по дому?

У многих пациентов существуют серьезные экономические проблемы, которые еще более усиливаются госпитализацией.

Оказавшись в клинике, пациенты переживают дальнейшую дисфорию. Их может пугать эксцентричное психотическое поведение других пациентов; у них могут быть нереалистические ожидания в отношении персонала, создающие источник разочарования; их может выбивать из колеи соревнование за внимание персонала между пациентами; они могут злиться на пациентов с острыми нарушениями за оттягивание на себя непропорционального количества времени персонала; их может сбивать с толку бесконечная последовательность госпитализаций и выписок.

Другим главным источником тревожности пациентов является напряжение между членами персонала. Беспокорство или неразрешенный конфликт в среде персонала неизменно взимает свою дань с сообщества пациентов. Существует показательно высокая положительная корреляция между конфликтами среди персонала и усугублением психозов у пациентов [10].

В современном психиатрическом стационаре трения среди сотрудников могут быть весьма значительны. Как я уже говорил, работа в режиме «вращающегося турникета» характеризуется внутренне присущей этому режиму фрустрацией. Слишком часто члены персонала клиники не ощущают себя полностью реализующими свой терапевтический потенциал — как могло бы быть при менее суматошной обстановке. Они видят, что большая доля пациентов снова и снова подвергаются госпитализации; часто пациенты прояв-

ляют раздражительность и неблагодарность, случается, что финансовые соображения делают необходимой их досрочную выписку.

Нередки конфликты и соревнование между представителями различных профессиональных дисциплин, поскольку они конкурируют за престиж, власть и признание. И разумеется, существуют все обычные проблемы контрпереноса. Представители персонала нередко чувствуют свою беспомощность. Они служат как бы сосудами для проекции и подвергаются несправедливым нападкам со стороны многих пациентов, и им порой сложно справиться со склонностью многих пограничных пациентов к манипулированию.

К сожалению, нарыв напряжения в среде персонала зреет долго: современный психиатрический стационар стал таким беспокойным и занятым местом, что работающие там люди упустили из виду важность заботы о своих собственных нуждах. Я повидал множество отделений, где буйным цветом цвели конфликты между сотрудниками, и они не предпринимали ничего, чтобы справиться с этим напряжением. Группы тренинга и поддержки для персонала, увы, стали почти исчезающим явлением.

В идеале, именно собрание всего терапевтического сообщества, а не малая группа терапии, служит местом для проработки напряженных моментов, возникающих в стационаре.

Однако на практике собрание терапевтического сообщества редко используют в таких целях. Быстрая смена пациентов, которая ведет к нестабильности внутри стационарной группы, является проблемой и для проведения расширенного собрания всего отделения. Пациенты ощущают угрозу в большом скоплении

людей, присутствующих на встрече сообщества. И поскольку их пребывание в клинике очень непродолжительно, они не успевают познакомиться со многими сотрудниками отделения и довериться им, они не желают делиться своими мыслями на большом собрании. Упомянутое мною в первой главе исследование, изучавшее сравнительные оценки пациентами полезности различных видов терапии в отделении, указывает на то, что, как правило, пациенты считают общие собрания сообщества в стационаре одной из наименее полезных разновидностей терапевтической деятельности [11].

Совершенно очевидно, что имеется настоятельная необходимость в творческом реформировании общих собраний психотерапевтического сообщества, но этот вопрос выходит за рамки данной книги. Здесь, однако, существенно следующее. Неспособность большого собрания разобраться с напряженными моментами делает малую группу терапии единственным подходящим для этого местом. Такая задача очень важна, поскольку часто напряженность в отделении бывает настолько значительной, что пускает под откос весь терапевтический процесс.

На встречах малой группы пациенты не всегда осознают или открыто выражают вслух тревогу, вызванную событиями в клинике. Нередко ведущему группы приходится формулировать источник напряжения вместо самих пациентов. Терапевты должны понимать, что накал тревожных событий в отделении неизменно провоцирует дисфорию и что группа терапии обеспечивает необходимый форум для обсуждения и рассеивания этой дисфории. Попытка самоубийства одного из пациентов стационара, чья-то внезапная вспышка ярости, перевод в другую клинику в резуль-

тате неуправляемого поведения — все это пробуждает сильные, но не всегда выражаемые вслух чувства. Психотерапия призвана помочь пациентам начать говорить об этих чувствах. И это поможет им понять, что *беседа помогает*.

В качестве иллюстрации — клинический инцидент. Гарольд, пациент-шизофреник, подвергся физическому нападению со стороны другого пациента, который был немедленно переведен в закрытое отделение. Терапевт группы заметил, что Гарольд надел ту же рубашку (и продолжал носить в течение последующих трех дней), которая была порвана во время нападения, и, помимо того, слегка отодвинул свой стул от группового круга, как будто напрашивался на приглашение со стороны группы. На встрече группы Гарольд отрицал, что его огорчил этот инцидент, и вслух размышлял о том, как это странно, что все остальные так расстроились из-за этого. Терапевт настаивал на своем мнении, говоря, что этот случай вполне может глубоко затронуть человека. На следующем занятии Гарольда удалось убедить разговаривать о том нападении, о его ужасе перед физической стычкой и о стойком ощущении, что все гораздо больше сочувствуют нападавшему, чем ему — жертве. Терапевтический эффект оказался превосходным: Гарольд получил ту поддержку, которой жаждал, а остальные члены группы смогли ярко и наглядно обсудить свои страхи перед физической агрессией.

Подводя итоги, скажу, что приемлемые цели имеют решающее значение для надлежащего функционирования небольшой группы терапии. Чрезмерно амбициозные цели подрывают эффективность группы и снижают моральный дух самого терапевта. Более того, цели занятий малой группы не совпадают с целями

краткосрочной госпитализации. Вот некоторые важные и реалистические задачи малой терапевтической группы: вовлечь пациентов в процесс терапии (как горизонтальный, так и лонгитюдный); помочь пациентам понять, что беседа помогает; определить проблемы и облегчить тревогу пациентов, связанную с госпитализацией.

Состав небольшой стационарной группы

Психиатрические клиники используют две основные стратегии при формировании групп терапии. Первая — командный подход, при котором пациентов поголовно зачисляют (обычно — в соответствии с порядком госпитализации) в одну из двух или трех команд, в зависимости от размеров отделения. Все пациенты одной команды встречаются в малой группе терапии. Второй подход — уровневый, при котором пациента направляют в группу соответственно его уровню функционирования: психотические пациенты зачисляются в одну группу, а пациенты «более высокого уровня» — в другую. У каждого из этих подходов есть свои преимущества и недостатки.

Командная группа

Малую группу командного типа вести особенно трудно. Она включает широкий спектр психопатологии, от психотических, регрессировавших пациентов до хорошо функционирующих пограничных пациентов и пациентов с невротической депрессией. Большинство терапевтов полагают, что даже при командном подхо-

де к терапии следует исключить из группы пациентов, которые — по всем признакам — не получают от нее никакой пользы, будут выбиты из колеи и/или станут нарушать ее нормальную работу. Нередко пациент бывает слишком болен, чтобы посещать группу в течение нескольких первых дней госпитализации, но обычно после назначения медикаментозного лечения он вполне в состоянии делать это. Следует исключать из группы пациентов с маниями, склонных к подрывному поведению — равно как и пациентов, склонных к вспышкам физической агрессии, чрезмерно непоследовательных в поведении или с органическими мозговыми нарушениями. Молчаливые пациенты не слишком много вкладывают в процесс работы, но неоднократно приходилось убеждаться, что они усваивают гораздо больше, чем можно предположить. Длительность пребывания пациента в клинике не столь важна. Позже я буду говорить о том, что терапевт должен представлять жизнь группы как один-единственный сеанс, поэтому многим пациентам может принести пользу даже посещение одной встречи.

Преимущества командных групп

Одно из важных преимуществ командного составления групп — такой подход гарантирует, что почти все пациенты стационара будут проходить групповую терапию. Это обеспечивает сотрудников отделения значимой информацией о ментальном статусе каждого из пациентов — той информацией, которой следует делиться с остальными членами персонала во время обходов или отчетов медсестер. (Встречи уровневых групп терапии, как я потом вкратце скажу, оставляют многих пациентов «за бортом». В современную прак-

тику многих психиатрических клиник входят лишь встречи группы более высокого уровня, созданной для относительно адаптированных пациентов. Соответственно, больные с острыми нарушениями оказываются менее изучены персоналом и не получают никакой формы групповой терапии.)

Хотя пациенты с острыми расстройствами могут отвлекать внимание и нарушать работу группы, их присутствие в группе имеет и определенный резон. Пациенты с острыми расстройствами служат источником беспокойства не только на встречах группы терапии, но и в отделении в целом. А малая группа терапии (особенно если нет такого эффективного форума, как собрания всего психотерапевтического сообщества) — единственное место, где можно объединить усилия для смягчения подрывного поведения. На занятиях группы ее участники могут предложить пациенту с острым расстройством конструктивную обратную связь (в тщательно отмеренных дозах) относительно воздействия на них его поведения. Подготовить сцену для такой обратной связи — вот задача терапевта, равно как и создать атмосферу поддержки, сделав так, чтобы эта обратная связь воспринималась как поддерживающая и познавательная, а не как нападки и месть.

Кроме того, малая группа служит форумом, где терапевт волен помочь остальным членам группы понять кое-что об эмпирическом мире пациента с острым психотическим расстройством.

Например, на одной из встреч женщина с острым психозом периодически вскакивала с места и выкрикивала не относящиеся к делу реплики (например: «Ты беременна!» или «Они убьют нас!»). При каждой ее выходке ведущий группы помогал ее участникам понять, что эта пациентка

реагировала так в результате возбуждения, вызванного пугающими сюжетами, которые в данный момент обсуждают. Одной из обсуждаемых тем в тот день была тревога пациентов по поводу возможности того, что кто-нибудь из персонала может их ударить. Дискуссия была волнующей для всех членов группы, но особенно — для этой пациентки. Таким образом, группа смогла уяснить некоторые причины ее прежде непонятного, а поэтому пугавшего других поведения. Чем больше остальные будут понимать таких пациентов, тем меньший страх перед ними будут испытывать.

На той же встрече другая пациентка-психотик внезапно крикнула двум другим: «Почему бы вам двоим не пожениться?» И терапевт снова обнаружил смысл в этой с виду бессмысленной реплике, пояснив, что так женщина пыталась им помочь. Благодаря принятию, пониманию и мягкому подходу к пациентам-психотикам терапевт сумел продемонстрировать группе замечательный пример для подражания.

Есть и другой способ фасилитации взаимоотношений между сравнительно здоровыми членами группы и явными психотиками. Ведущий может продемонстрировать, что последние способны поделиться с группой достаточно ценными замечаниями. Даже пациенты с острым психозом могут делать точные и порой очень важные замечания в адрес остальных членов группы (они это делают легче, и это представляет меньший риск, чем *получение* ими обратной связи). Поэтому руководитель группы вполне может попросить такого пациента поделиться наблюдениями относительно других членов группы.

Психотические пациенты, учитывая их непосредственность, часто высказывают вслух чувства, мысли

и фантазии, которые для других пациентов — с более плотной защитой — могут оказаться успокаивающими, поучительными или освобождающими. Высказывания психотических пациентов часто отличаются от типичных ментальных процессов окружающих лишь степенью откровенности. На каком-то уровне всем свойственны пугающие, рудиментарные чувства и фантазии, и способность психотиков идентифицировать и выразить эти ощущения послужит для остальных скорее источником утешения, чем испуга.

Вот пример: в первые 10 минут одной встречи несколько психотических пациентов выражали вслух довольно-таки эксцентричные мысли. Один говорил о том, что на самом деле его здесь, в группе, нет и он даже не присутствует в своем собственном теле. Другая пациентка рассказывала о том, что ей не стоит разговаривать с другими членами группы, потому что она — слишком скверный человек, чтобы находиться в компании других людей. Еще одна женщина сказала одному из мужчин, что ей нравится, как естественно он держится и умеет оставаться самим собой. В ответ на это больной разразился слезами и поведал ей, что любит ее. Третья пациентка говорила о том, что «ползучие ощущения» под кожей вызывают у нее панику и ей хочется изрезать себя, чтобы выпустить эти ощущения наружу. Четвертая женщина призналась, что ей кажется, будто она — одна огромная рана, тянущаяся от горла до вагины, и что она жаждет смерти, как передышки.

Несмотря на пугающую природу этих высказываний, сеанс оказался для всех членов группы очень важным опытом, поскольку потом до конца встречи они обсуждали эксцентричные мысли — только уже не в психотическом их варианте. Одна женщина, напри-

мер, рассказала, что раньше всегда побаивалась того мужчины, который разрыдался на сеансе; но, увидев его плачущим, она ощутила себя гораздо ближе к нему и осознала, насколько он чувствителен. Другие члены группы говорили об ощущении деперсонализации. Некоторые делились личными эпизодами, когда они стремились к смерти, испытывали саморазрушительные чувства. В итоге группа почувствовала себя более близкой, сплоченной и – несмотря на рискованное содержание обсуждаемого материала – ободренной ощущением межчеловеческих связей.

Недостатки группы командного типа

Недостатки командного подхода к формированию группы терапии гораздо более очевидны, чем достоинства.

Несмотря на все усилия терапевта, такая группа почти всегда характеризуется множеством подрывных инцидентов. У психотических пациентов нередко случаются срывы; некоторые очень беспокойно ведут себя и оказываются не в состоянии сидеть смирно в течение всей встречи. Часто бывает так, что пациентам приходится покинуть сеанс. Все это, вместе с обилием эксцентричных, не относящихся к делу замечаний, приводит к нестабильности в группе. Пациенты, которые страдают от отсутствия внутренней структуры, нередко чувствуют угрозу, будучи вовлечены в ситуацию, которая кажется им неуправляемой.

Терапевту становится очень трудно навязать группе жесткую структуру и в то же время обеспечить такой стиль работы, который был бы значимым для всех пациентов в группе – как для относительно адаптированных, так и для тех, чей уровень функционирования низок. В результате он либо навязывает группе много

структурных ограничений (тогда работа становится слишком примитивной и элементарной для сравнительно хорошо функционирующих пациентов), либо работает только с невротиками и игнорирует потребности пациентов с большими нарушениями. Причем редко встретишь терапевта, который не делает выбор в пользу последнего варианта. Большинство терапевтов предпочитают работать с более интегрированными пациентами и разбирать более тонкие проблемы.

Часто эти проблемы близки к личным проблемам самого терапевта. Как следствие, терапевт сосредоточивается в основном на нескольких более адаптированных пациентах, практически пренебрегая нуждами страдающих острыми расстройствами. Если же терапевт больше фокусируется на плохо функционирующих пациентах, остальные постепенно начинают на них злиться, разочаровываются в группе, не отвечающей их потребностям, и вскоре практически перестают «вкладываться» в процесс терапии, ограничиваясь простым присутствием.

Существует ли возможность усилить преимущества командной группы терапии и избежать ее недостатков? Да, разумеется. Почти всех недостатков можно избежать, если пациенты поймут, что такая группа — не единственная форма групповой терапии.

Пациенты позволяют себе получать от командной группы то, что они могут здесь получить, и не станут переживать из-за того, что эта группа дать не может — если в их распоряжении будет еще способ терапии, удовлетворяющий другие их нужды. Иными словами, я высказываюсь в пользу сочетания *обоих подходов* — как командного, так и уровневого. Однако я забегаю

вперед. Давайте теперь обратимся к основным особенностям, преимуществам и недостаткам «уровневых» групп терапии.

Уровневая группа

Многие психиатрические клиники предлагают два типа уровневых групп – высокого уровня и низкого.

Группа *более низкого уровня*, которую часто называют «поддерживающей» или «фокусной», организуется для пациентов с острым психозом. Она призвана обеспечить поддержку и структуру, чтобы помочь сориентировать пациента в его временных и пространственных условиях, увеличить длительность концентрации внимания, упростить социализацию, общение с персоналом и другими пациентами, а также дать пациенту возможность принимать участие в программе отделения.

Лучше функционирующие пациенты зачисляются в *высокоуровневую* группу, которая изначально ориентирована на «разговорную» психотерапию. Эта группа предоставляет почву, на которой можно провести значительную по объему и важную работу. Нередко пациенты в такой группе чувствуют себя в большей безопасности по сравнению с командной. Они учатся доверять участникам группы и в конечном счете раскрываются активнее, чем в других видах программы лечения. Они идентифицируют проблемы, которыми надо будет заниматься в постгоспитальной терапии, и устанавливают важные и терапевтические по природе связи с другими пациентами. В главах 5 и 6 я представляю подробные клинические модели высокоуровневой и низкоуровневой групп соответственно.

Как правило, вскоре после госпитализации пациентов распределяют в одну из этих двух групп. Распре-

деление основывается на наблюдениях персонала, сделанных в течение первых нескольких часов пребывания пациента в стационаре (а если существует командная группа — то из поведения пациента на ее встречах). Выбор осуществляется не только на основе противопоставления «психотик — непсихотик». (Некоторые психотические, активно галлюцинирующие пациенты отлично справляются и в высокоуровневой группе.) Разделение основано на типе терапии, в которой нуждается пациент. Более подавленных, нетрудоспособных, с расшатанной психикой пациентов, которым нужна поддержка, интеграция и «запечатывание», зачисляют в фокусную группу. А тех, кто способен исследовать свои проблемы вербально, — в высокоуровневую группу.

Некоторые клиники организуют «группу новичков». Поступившие пациенты посещают ее в течение нескольких встреч, прежде чем быть зачисленными в высокоуровневую или низкоуровневую группу [12]. Однако в большинстве отделений текучка слишком интенсивна, чтобы эту процедуру можно было осуществить. Другие клиницисты предлагают несколько различных групп-ступеней, более точно соответствующих определенному уровню функционирования. Но большинство клинических врачей находят такую меру непрактичной: отделения слишком малы, а темпы их жизни весьма интенсивны; к тому же определение «уровня функционирования» не настолько точно, а технология ведения группы не столь утонченная, чтобы требовалось более двух уровней групп.

Другой недостаток наличия нескольких групп различного уровня в одном отделении — у пациентов создается впечатление, что их ранжируют и оценивают

по способностям. Эта проблема обычно не возникает, когда есть только две уровневые группы. Пациенты распределяются в них самоочевидным образом. Страдающие острым психозом настолько явно пребывают в состоянии дистресса и нуждаются в поистине героической поддержке, что их легко распознает все сообщество. Более того, пациенты с острыми расстройствами редко настаивают на том, чтобы их зачислили в более трудную для них группу.

Часто члены персонала испытывают чувство неловкости из-за распределения по группам, которое в большинстве психиатрических отделений происходит скрыто. В одной клинике, где мне случилось побывать, пациенты были убеждены, что на самом деле группы составляют по возрастному принципу: то есть в низкоуровневую группу попадают более молодые пациенты. Это не соответствовало действительности, и зачастую возрастное распределение между двумя группами оказывалось совершенно обратным.

Однажды, когда я впервые представил концепцию низкоуровневой группы для психотиков в одном стационаре (где такой группы раньше не было), персонал высказал опасения, что на нее будут смотреть как на группу для отстающих в развитии «дурачков». Это пророчество не исполнилось. Если не считать того, что некоторые в первую неделю отпускали шуточки по поводу «песочницы», группа была хорошо принята сообществом пациентов. Спустя всего 6 недель низкоуровневую группу воспринимали как неотъемлемую и очень ценную часть программы отделения. Обычно пациенты хорошо осознают, что одни из них явно более дезорганизованы, чем другие; и отрицание этого факта персоналом означает подрыв чувства реальности у пациентов.

Наименование и описание таких групп может упростить принятие их сообществом. Персонал обычно называет высокоуровневую группу «группой психотерапии», а низкоуровневую – «фокусной», «структурированной» или группой «терапии общения». Последнюю сотрудники описывают как группу, призванную упростить коммуникацию для пациентов, которые дезориентированы, имеют сравнительно «короткое» внимание и получают больше пользы от структурированной групповой встречи, чем от занятия, которое относительно мало структурировано, свободно исследует и анализирует чувства.

Время от времени встречаются пациенты, которые не соответствуют ни одной из групп и не получают пользу в них. Они не психотики, но при этом недотягивают до высокоуровневой группы терапии. Например, проявляющие чрезмерное сопротивление пациенты, не способные на инсайт, и психопаты.

Преимущества и недостатки уровневой группы

Преимущества и недостатки уровневой группы обратны тем, которые имеются у командной. Главное достоинство уровневой группы – она обеспечивает более специфическую форму терапии. Терапевт может задать группе уровень, приемлемый для большинства или всех ее участников.

Низкоуровневая группа обеспечивает пациентам с острым психозом безопасную, поддерживающую, в высшей степени структурированную обстановку. Более того, она создает у них ощущение успеха. А при командных встречах психотические пациенты не всегда способны участвовать в групповых заданиях, у них нередко случаются срывы, и им кажется, что другие участники испы-

тывают по отношению к ним раздражение и нетерпение. Низкоуровневая группа специально адаптирована для психотических пациентов и их психологической защитной структуры. Она меньше от них требует.

Встречи высокоуровневой группы гораздо более стабильны, чем занятия командной группы. Поскольку в группе нет пациентов с острым психозом, ее работа меньше нарушается, реже бывают неадекватные вспышки, приходы и уходы. Период сосредоточенности внимания у каждого пациента дольше, и поэтому можно отводить на занятие больше времени. (Встреча командной группы обычно занимает 45–60 минут; высокоуровневые группы вполне комфортно чувствуют себя на занятии, которое длится час с четвертью, а работу низкоуровневой не стоит затягивать дольше чем на 45 минут.)

Встречи ровневой группы, как правило, порождают ощущение более приятное и значимое, более поддерживающее, чем встречи командной группы, и поэтому ровневая группа лучше достигает главной цели – поощряет пациентов продолжать постгоспитальную терапию.

Недостаток ровневой терапии (если это единственная форма групп в отделении) – она может усилить разобщенность в клинике. Все пациенты, и более интегрированные, и психотики, должны жить в отделении вместе, и всегда требуется какое-то общее собрание, где можно разбираться с вопросами, вызывающими напряженность. Нередко бывает так, что пациент с острым расстройством служит источником значительного антагонизма или возбужденной обстановки. Если не существует групповых встреч, где пациенты могли бы учиться устанавливать границы, учиться понима-

нию тяжелых пациентов и общению с ними, тогда обстановка в отделении рискует стать настолько накаленной и враждебной, что практически сведет на нет терапевтическую работу.

Сравнение командной и уровневой групп

Два исследовательских проекта, осуществленных в Стэнфордской университетской психиатрической клинике, обеспечивают интересные доказательства идеи о том, что уровневая и командная группа терапии выполняют различные, но одинаково важные функции [13]. В ходе первого проекта [14], в котором по мере поступления в клинику участвовал 51 человек, пациентов попросили оценить важность 11 видов стационарной терапевтической деятельности, включая ежедневную командную группу и уровневую группу (во время проведения этого исследования такая группа существовала только для сравнительно адаптированных пациентов; низкоуровневой группы не было). Все пациенты посещали командные группы, а 30 из 51 участника исследования — высокоуровневую группу.

Обобщенная оценка 30 пациентов, которые посещали обе группы, показала, что уровневую группу они оценивали как 2-ю по важности (из 11 видов лечебной деятельности в отделении). Первой была индивидуальная терапия с личным психиатром, а командная группа оказалась на 4-м месте. В общем и целом результаты исследования доказывали, что *важными были обе группы, и разные пациенты отдавали предпочтение неодинаковым группам*. Пациенты с острыми расстройствами ценили командную группу, которая была лучше приспособлена к уровню психотических пациентов. Более интегрированные пациенты хвалили уровневую

группу в большей степени – но также ценили и командную группу (подробности см. в приложении, раздел [O])¹.

Вскоре по завершении этого исследовательского проекта в отделении начались занятия низкоуровневой группы; а через полтора года небольшую выборку пациентов (12 человек), которые посещали обе группы (командную и низкоуровневую), попросили произвести такую же оценку видов терапевтической деятельности [15]. Результаты оказались удивительно похожими на результаты первого проекта. Пациенты высоко оценили обе группы: уровневая группа терапии была оценена как 2-я по важности среди видов лечебной деятельности (следуя сразу за индивидуальной психотерапией), а командная группа шла 3-й (подробности см. в приложении, раздел [У]). Еще одна команда исследователей изучала реакцию пациентов на однородные группы, состоящие из шизофреников, и обнаружилось, что пациенты в значительной степени удовлетворены. И с точки зрения объективной оценки там проводилась большая терапевтическая работа (оценка по матрице Хилла) [16].

В ходе Стэнфордского проекта пациентов также просили указать, чем именно каждая из групп была им полезна (то есть указать сравнительную важность разнообразных терапевтических факторов) [17]. Резуль-

¹ Одна из диагностических подгрупп (пациенты-шизофреники) оценила командную группу терапии как более эффективную, чем уровневая, а пациенты с серьезным аффективным расстройством ставили эти группы практически на один уровень. Именно склонные к вербальному общению и психологическому осмыслению пациенты (особенно – пограничные) оценивали высокоуровневую группу как значительно более эффективную, чем командная. – *Прим. автора.*

таты продемонстрировали, что пациенты ощущают разницу в терапевтических факторах, задействованных в высокоуровневой и командной группах. Например, члены высокоуровневой группы оценивали «межличностное обучение» как наиболее значимый момент, а также указывали, что «самопонимание» тоже очень важно. Те же самые пациенты оценивали эти два фактора как менее существенные в командной группе, а вместо них подчеркивали там другие — универсальность и катарсис.

Авторы еще одного проекта анализировали терапевтические факторы, действующие в низкоуровневой однородной группе, состоявшей из пациентов-шизофреников. Они сообщили о сходных результатах: пациенты высоко ценили катарсис, универсальность, альтруизм и сплоченность и жаловались, что получали мало помощи от таких факторов, как инсайт или процесс обмена советами [18].

В ходе заключительного собеседования [19] пациенты сравнивали командную и уровневую группы и делали замечания о том, что первая группа часто блуждала, отклоняясь от темы, была малоструктурированной, и ее работа легко нарушалась из-за неуравновешенных пациентов. В то же время эти пациенты ценили командную группу за то, что в ней складывалась теплая и уютная атмосфера, она давала пациентам отделения возможность пообщаться и ближе познакомиться с людьми, с которыми им приходилось жить вместе. Пациенты ценили структурность и последовательный межличностный фокус высокоуровневой группы; они отзывались о ней как о быстро продвигающейся, напряженно работающей и полезной, хотя порой ее ритм был чересчур насыщенным, а требования — завышенными.

Посещение группы: обязательное или факультативное?

Делать посещение группы обязательным для пациентов — обычная клиническая практика в психиатрическом стационаре. Это особенно важно для разнородных командных и низкоуровневых групп. Правда клинической жизни состоит в том, что если бы эти группы не были обязательными, значительная часть пациентов не стала бы их посещать. Ушедшие в себя, испуганные, находящиеся в депрессии, потерявшие надежду или сонные из-за приема лекарств пациенты, если предоставить им выбор, предпочли бы остаться в своих палатах, и эффективная стационарная программа была бы неосуществима.

Клиники проводят разную политику поддержания посещаемости. В большинстве отделений члены персонала напоминают пациентам на общих собраниях о распределении по группам и, если необходимо, обходят назначенных пациентов непосредственно перед групповой встречей. В некоторых отделениях списки распределения по группам вывешивают на доске объявлений; другие используют системы громкой связи, чтобы напоминать пациентам о времени групповой встречи и о том, в какую конкретно группу они направлены.

По моему мнению, существует множество доводов в пользу того, чтобы сделать уровневую группу для лучше функционирующих пациентов факультативной, а не обязательной.

Я буду говорить о преимуществах факультативного посещения подробно в главе 5. Когда группа ведется эффективно, почти все пациенты, которые могут

получить пользу от уровневой группы, станут посещать ее достаточно регулярно. Если клиника высоко ценит групповую программу, то пациенты, которые действительно искренне заинтересованы в том, чтобы поправить свое психическое здоровье, постепенно усваивают принятые в отделении ценности, и вскоре им уже трудно оправдать перед собой уклонение от встреч.

Я считаю, что каждое отделение должно предлагать *как высокоуровневую, так и низкоуровневую группу*, однако на практике некоторые клиники предлагают лишь высокоуровневую группу; и если посещение этой группы делают факультативным, то порой на ее встречах появляются пациенты, которые страдают острым расстройством. Терапевту группы следует хорошо знать пациентов (по этой причине один или оба из работающих вместе терапевтов должны быть из постоянного персонала) и быть способным к быстрому принятию решения о том, стоит ли допускать конкретного пациента на занятие. Такое суждение надо в первую очередь основывать на том, будет ли пациент сколько-нибудь значительно нарушать ход работы группы.

Пациенты с серьезными расстройствами, не склонные к открытым подрывным действиям, могут получить от занятий группы чисто компенсаторную терапию. Пациентам в состоянии дистресса занятия группы не принесут пользу. Нежелательны и те, кто будет мешать ее работе. Например, пациенты, получающие усиленное медикаментозное лечение, которым трудно бодрствовать; страдающие маниями; органически неполноценные больные — не должны допускаться на занятия.

Быстрая смена пациентов: последствия для группы психотерапии

Частота встреч

Одним из неизменных факторов клинической жизни является быстрая смена пациентов в стационарной группе терапии. Средний срок пребывания в клинике в большинстве кризисных стационаров составляет от одной до двух недель. Это означает, что в отделении, рассчитанном на 20 человек, происходит примерно 1–2 выписки и госпитализации ежедневно. Состав стационарной группы терапии часто меняется, и нет буквально никакого способа обойти сей неудобный факт. Проводя сотни ежедневных групповых встреч в стационарном отделении, я редко видел один и тот же состав группы на протяжении двух (и практически никогда — в течение трех) последовательных встреч. Почти всегда появляется кто-то новый, а кто-то из прежних членов группы уходит. Невозможно также ожидать определенной последовательности в смене пациентов, поскольку средние сроки пребывания в клинике весьма разнятся между собой. У терапевта группы может оказаться множество пациентов, которые придут на одну-единственную встречу, а небольшое ядро группы может оставаться прежним пару недель.

Как я говорил в главе 1, есть лишь один логичный клинический ответ на эту проблему: устраивать встречи как можно чаще. Если, например, группа встречается лишь 2–3 раза в неделю, то в ней будет происходить такая значительная смена состава от одной встречи к

другой, что невозможно добиться ни чувства групповой идентичности, ни ощущения непрерывности работы. Если же группа встречается 5 раз неделю, то отвлекаемость, создаваемая непрерывной сменой пациентов, конечно, не отменяется, но минимизируется. Разумеется, если позволяет расписание персонала, весьма желательно устраивать групповые встречи все 7 дней в неделю. (Обычно в стационарных отделениях нет никакой терапевтической программы по выходным.)

В течение 3 лет я вел стационарную группу, которая встречалась 4 раза в неделю, с понедельника по четверг. В этой группе сложилась предсказуемая тенденция: встречи по понедельникам были достаточно неуверенными, по вторникам и средам группа постепенно набирала интенсивность, а к четвергу она уже усердно трудилась, была единой и сплоченной. Затем наступал 3-дневный перерыв — и к следующему понедельнику группа опять скатывалась в неуверенное, осторожное прощупывание: «стоит ли доверять друг другу?» Эта последовательность была настолько предсказуемой, что можно было определить день недели, просто понаблюдав за встречей группы.

В главе 1 я предположил, что одной из причин редких встреч группы терапии является профессиональная конкуренция сотрудников за возможность вести группы; и компромисса удастся достигнуть, предлагая множество специализированных групп, каждая из которых встречается 1–2 раза в неделю. Специализированные группы (такие, как группы сексуального просвещения, танцевальная, двигательная и арт-терапия) оказывают многим пациентам ценную помощь и обогащают терапевтическую программу. Но если их предлагают *вместо* ежедневных групп психотерапии,

тогда вся программа терапии порождает неприятное чувство «разбросанности» и оказывается неспособной обеспечить безопасную и последовательную среду для работы.

Мои рекомендации по составлению всесторонней программы заключаются в том, что каждому пациенту предлагают две ежедневно встречающиеся группы: одну командную группу (45–60 минут) и одну уровневую (встреча низкоуровневой группы продолжается 45 минут; высокоуровневой группы – 60–75 минут). Если клиника настолько недоукомплектована персоналом, что ежедневные встречи командных и уровневых групп проводить невозможно, *я рекомендую установить ежедневные встречи уровневых групп (высокоуровневой и низкоуровневой)*. Вдобавок ежедневно можно предлагать разные специализированные группы (тип которых будет зависеть от подготовки и особых интересов персонала), особенно по вечерам и по выходным.

Воздействие быстрой смены состава на процесс занятия

Быстрая смена состава группы имеет некоторые важные последствия для базовой стратегии и тактики терапевта. Я буду подробно говорить об этом в главе 3, а пока подчеркну несколько основных моментов.

Прежде всего, руководитель, увеличив частоту встреч, может обеспечить сплочение группы за счет «носителей культуры», которые помогут создать последовательную, безопасную, доверительную групповую атмосферу. Правда, текучка пациентов в группе настолько велика, что терапевт не может рассчитывать, что ему удастся проработать ту или иную тему с пациентом на последующих встречах. Следовательно,

терапевты должны развить у себя новую временную психологическую установку: здесь нельзя измерять жизнь группы годами, месяцами и даже неделями.

Вся жизнь группы должна быть целиком сосредоточена в одном-единственном сеансе.

Такие временные рамки оказывают, разумеется, серьезное воздействие на методы терапевта: терапевт должен развить у себя чувство безотлагательности, быть активным и эффективным и на каждом сеансе стараться сделать как можно больше для максимального числа пациентов.

Быстрая смена состава сильно выбивает терапевтов из колеи, в особенности потому, что их формальная подготовка в групповой психотерапии была основана на концепции стабильных групп: долгосрочная групповая терапия (где постоянный круг членов группы устанавливается на длительный период), либо краткосрочная терапия «закрытых» групп (с установленным составом группы и количеством встреч). Как показывает изучение отношения *пациентов* к быстрой смене состава: группа терапии, работающая по принципу «вращающегося турникета», гораздо меньше беспокоит пациентов, чем самих терапевтов. В заключительном собеседовании в Стэнфордском исследовательском проекте пациентов спрашивали, что они думали и чувствовали по поводу частой смены членов группы и краткой продолжительности их групповой терапии (смотрите приложение, раздел [O]) [20]. Общие результаты опроса показали, что эти факторы гораздо меньше волнуют пациентов, чем ожидалось. Для многих пациентов стационарная группа была первым опытом групповой терапии, и поэтому его не с чем было сопоставить.

Изредка пациенты действительно указывали на недостатки быстрой смены членского состава группы. Группа казалась им нестабильной; каждый день приходили новые люди; и пациенты часто не испытывали особого желания делиться с незнакомцами значимой личной информацией и не чувствовали связи с группой. Они не могли опробовать новую тактику поведения, которой научились на предыдущих сеансах, потому что не были уверены, что могут рассчитывать на положительную реакцию новичков. Многие ощущали, что ежедневные знакомства и подготовка новых пациентов расходовали драгоценное время занятия и что новички часто замедляли работу группы, сводя ее на более элементарный уровень.

Но эти жалобы озвучили лишь немногие пациенты. И удивительно большое число участников исследования ссылалось на очевидные преимущества стационарной группы терапии! Многие с благодарностью говорили о том, что ограниченность времени усиливала чувство неотложности и сообщала импульс к упорной, сосредоточенной и эффективной работе. Некоторые пациенты констатировали, что наблюдение за тем, как из группы постоянно кто-то уходил, увеличивало потребность сделать что-нибудь для себя – и поскорее. (Хорошо известно, что в долгосрочной группе терапии уход одного из пациентов обычно пробуждает у остающихся ощущение собственного отставания и повышает потребность в более активной работе. Похоже, что и в краткосрочной группе терапии работает та же динамика.)

Некоторые пациенты отмечали, что постоянное знакомство с новыми участниками группы вносило чувство новизны, порождая свежие идеи и более ши-

рокий и интересный спектр реакций. В группе никогда не было застоя. Вновь прибывшие обеспечивали «старожилам» благоприятную возможность помочь другим, создавали им условия попрактиковаться в важных социальных навыках при общении с незнакомцами. Другие пациенты отмечали, что краткосрочный формат терапии позволял им увидеть значительные изменения у многих пациентов в течение всего нескольких дней групповой терапии, и это вселяло в них надежду и уверенность в эффективности терапевтической процедуры.

Несколько пациентов говорили, что сжатые сроки психотерапии вызвали у них чувство личного сожаления — сожаления о том, что они не использовали группу так хорошо, как могли бы (или как ее использовали другие). Вместе с этим сожалением возникала решимость воспользоваться будущей терапией более эффективно. Многие пациенты упоминали о том, что им было грустно видеть, как люди, с которыми у них сложились достаточно близкие взаимоотношения, покидали группу всего через несколько дней. Тем не менее, повторяющееся переживание утраты помогало им осознать и начать разбираться с лишениями в их собственной жизни. Это достаточно важный момент — большинство пациентов, поступающих в больницу, пытаются справиться с какой-либо реальной или потенциальной жестокой утратой в своей жизни.

Некоторые пациенты стационаров, у которых помимо этого был опыт долговременной амбулаторной групповой терапии, давали довольно неожиданный ответ на вопрос об отношении к краткости терапии в стационаре. Они указывали, что «короткий срок» — понятие относительное! Если человек живет рядом с членами своей группы в течение 24 часов в сутки, то

гда — пусть даже терапия длится всего пару недель — ее субъективная «продолжительность» и интенсивность могут быть такими же, как при сеансах терапии раз в неделю в течение нескольких месяцев. Значительная часть групповой терапии происходит вне стен комнаты для групповых занятий. Работа, начавшаяся на занятии, затем выходит за его пределы, поскольку пациенты используют полученный от групповой работы импульс и продолжают сокрушать барьеры между собой и другими людьми.

Даже при быстрой смене пациентов внутригрупповое «ядро» все же возникает. Терапевт не должен позволять этому костяку дистанцироваться от новых членов. Следует уделять внимание ассимиляции неофитов. Иногда об этом заботятся сами участники группы, но чаще это задача терапевта. Нередко группа как бы «исключает» из своей работы новых членов, ссылаясь на события предыдущих встреч, на которых те не присутствовали (например, пациентка сообщает, что полученная ею на прошлом занятии обратная связь была очень полезна и пригодилась ей при встрече с мужем, происходившей в тот же день). В таких случаях терапевт должен позаботиться о вовлечении новичков в работу (например, просто спросив их, понимают ли они, что происходит) и попросить «старожилов» группы посвятить их в подробности прежних событий. Эта процедура может показаться довольно скучной, но она необходима. Если ею пренебречь, группа останется раздробленной.

Рассмотрим клиническую иллюстрацию. На встрече в четверг пациент по имени Дон, проведя несколько дней в группе, наконец, рассказал о своей личной трагедии.

В течение 18 лет он поддерживал чрезвычайно близкие любовные отношения с мужчиной, который внезапно умер от сердечного приступа. Переживание утраты, стыд и ярость по поводу вмешательства в его личную жизнь полиции (которая некоторое время подозревала самоубийство или убийство умершего) были чрезвычайно болезненны и спровоцировали у Дона глубокую депрессию. Ни разу за всю свою жизнь он не говорил никому ни о своей гомосексуальности, ни о своих любовных отношениях. Поэтому его откровенность перед группой была значительным событием — он впервые раскрылся; и группа отреагировала на это искренней готовностью утешить его. Участники группы не только принимали и поддерживали Дона, но и сочувствовали ему, выражая сопереживание комментариями типа: «Вы, должно быть, очень сильно его любили». Дон был тронут, переполнен благодарностью и готов продолжить свою работу в группе.

В пятницу и в выходные эта группа не встречалась. Когда она вновь собралась в понедельник, присутствовали двое новых членов — один из них постоянно ныл и напрашивался на поддержку, а второй был склонен к критицизму и обидным замечаниям. Дон «пробовал воду» — но напрасно искал повторения того чудесного момента, который пережил на предыдущей встрече. Напротив, группа заняла оборонительную позицию и временами реплики были весьма язвительны, в особенности при взаимодействии с двумя новыми пациентами.

Перед ведущим группы на этой встрече стояла сложная задача. Надо было помочь ассимиляции новичков и в то же время — оказать серьезную поддержку Дону, который столь многое доверил группе на предыдущей встрече. Следовало оценить атмосферу в группе в этот понедельник и сравнить ее с атмосферой четвергового сеанса

(события которого были кратко пересказаны вновь прибывшим). Терапевт предположил, что раздражение возникло и было направлено против новых членов не потому, что они были такими, какие есть — но просто потому, что они присутствовали, потому что сама группа уже не была прежней и потому что Дон и остальные члены группы не сумели вновь уловить и закрепить сущность предыдущей встречи. В дальнейшем ходе занятия произошло два события: новые члены, больше не вызывавшие безотчетного раздражения, были приняты группой, а идея об утраченном «звездном» моменте предыдущей встречи стала для Дона и других участников фасилитатором проработки темы утраты.

Непрерывно сменяющийся состав, разумеется, создает для пациентов трудности в дальнейшей проработке главных проблем. В работе непременно должны присутствовать «поддерживающие моменты», представление и ориентирование новых членов, повторяющееся обучение базовым социальным навыкам или правилам обратной связи, разъяснение различий между личностным и безличным поведением, между мыслями и чувствами. Таким образом, пациент, задержавшийся в кризисном стационаре дольше обычного, может обнаружить, что достиг точки уменьшения отдачи от группы.

Терапевт призван помочь пациентам получить пользу от того, что группа *может* им предложить (они не должны переживать фрустрацию, ожидая то, чем она быть *не может*).

Хотя «проработка» в стационарной группе невозможна, относительно долгосрочный пациент может извлечь пользу из описания своей проблемы несколь-

ко раз в присутствии новых членов группы. Такие повторяющиеся рассказы образуют своего рода десенсибилизирующую терапию и со временем дают человеку возможность думать о своей жизненной ситуации с меньшей болью и легче делиться ею с другими. Когда пациент в 5-й или 6-й раз рассказывает о какой-либо глубоко личной ситуации (например, о сексуальном насилии, разрушении брака, смерти близкого человека), он постепенно начинает примиряться с ней, и возрастает вероятность того, что он сможет обсудить ее с другими значимыми людьми в своем жизненном окружении.

Размер группы

Большинство клиницистов предпочитают группы из 6–10 человек. Это количество участников обеспечивает достаточный объем материала для взаимодействия, дабы воодушевить работу группы. И притом такая группа не столь велика, чтобы не хватало времени для поощрения каждого из членов группы к участию в работе. Правда, могут возникать значительные периодические колебания в численности группы. По временам в ней может оставаться всего-навсего 3 человека. Однако даже самый малочисленный состав участников может, при регулярной основе встреч, быть очень успешным. И для клинической практики полезно проводить занятие с такой группой как обычно. Помните, что малочисленность группы расстраивает в первую очередь терапевта, а не пациентов. Они обычно рады этому обстоятельству, понимая, что получают на встрече больше персонального внимания.

Другие различия между стационарной и амбулаторной группами

До сих пор я подчеркивал два главных клинических фактора стационарного отделения – краткосрочность терапии и широкий спектр психопатологии – и говорил о том, как эти факторы делают необходимыми серьезные модификации в традиционных методах групповой терапии. Есть и другие, не такие явные, но тем не менее значительные аспекты стационарного клинического окружения, которые требуют дальнейшей модификации в технологии. Сначала я перечислю эти факторы, а затем разберу каждый из них в отдельности.

1. Амбулаторная группа терапии, как правило, является независимым терапевтическим «организмом». Стационарная группа – нет: она существует как часть большей системы лечения; события, происходящие в другой части этой системы, могут значительно влиять на процессы в группе.

2. Традиционные правила конфиденциальности для стационарной группы должны быть изменены.

3. Пациенты амбулаторной группы обычно мало контактируют друг с другом между встречами. Члены стационарной группы живут вместе, совместно проходят иные виды лечения – постоянно взаимодействуют между собой вне занятий.

4. Терапевт стационарной группы имеет доступ к гораздо большему объему информации, чем предоставляет ему сам пациент.

5. Пациенты видят терапевта стационарной группы в других ролях в остальное время суток.

6. Степень остроты дистресса влияет на групповой опыт: госпитализированным пациентам свойственны

более глубокая тревожность, отчаяние; они деморализованы и настроены нигилистически, а также часто лишены обычных источников поддержки в своем окружении.

Стационарная группа психотерапии и ее связь с остальным «населением» клиники

Амбулаторная группа терапии обычно функционирует как независимая сущность. Обычно ее участники незнакомы между собой и встречаются только на 1–2 занятиях группы в неделю. Случается, что на эти отношения накладывается членство в каком-то ином сообществе. Например, они могли прежде быть пациентами одной и той же клиники, могли совместно посещать какие-либо другие группы терапии, у них может оказаться один и тот же индивидуальный терапевт – сейчас или в прошлом. Часто внутри большой группы формируются подгруппы: два или более пациентов могут встречаться за пределами конкретной группы терапии. Но, в самом общем практическом смысле, чем меньше подразделение на группы, тем легче группу вести.

Стационарная группа никогда не функционирует как независимая сущность. Она имеет плотную, сложную сеть связей со стационарным отделением, в котором она работает.

Персонал стационара также представляет собой систему, состоящую из нескольких групп, и каждый член персонала, вероятнее всего, принадлежит не к одной из них. Например, противопоставления могут быть такими: врачебный персонал – медсестринский персонал, профессионалы – непрофессионалы, мужчины – женщины, высокооплачиваемые – низкооплачи-

ваемые, чернокожие – белые, ординаторы – клинические врачи, ведомственная администрация – больничная администрация, служба медсестер – социальная служба. Иногда такие накладывающиеся друг на друга группы хорошо работают вместе, но часто это не так – в клинике имеются определенные трения.

Напряженность, существующая в стационаре, обычно бывает очевидна в малой группе терапии. Один клиницист назвал малую группу «биопсией среды» и предложил следующую клиническую иллюстрацию этого утверждения [21].

Пациентка, 35 лет, страдавшая астмой, принимала участие в работе малой группы стационарной терапии, но садилась за пределами группового круга, поближе к двери. Причиной, на которую она ссылалась, был страх перед тем, что сигаретный дым в комнате усилит ее астму. Даже когда члены группы перестали курить, она оставалась за пределами круга, и терапевты группы не оказывали на нее давления, дабы заставить ее больше почувствовать себя членом группы. Поскольку посещение группы было обязательным, она продолжала приходить на встречи, но терапевт проявил удивительную инертность и никак не помог ей включиться в работу группы.

Изучение административной системы клиники смогло пролить свет на это внутригрупповое событие. За несколько месяцев до этого главный врач уволился, и его место пока не было занято постоянным преемником. Тем временем глава психиатрического отделения, который, по мнению персонала, был недружелюбно настроен по отношению к подчиненным, объявил, что оно начнет работать как «психосоматическая служба». Сотрудники почувствовали в этом объявлении угрозу и старались меньше связываться с соматическими больными.

Как следствие, страдающая астмой пациентка воплощала дилемму, стоящую перед персоналом. С одной стороны, сотрудники были не уверены в медицинском статусе пациентки и боялись спровоцировать астматический приступ. С другой — психотерапевты проецировали на эту пациентку с психосоматическими симптомами негативные чувства, которые испытывали к главе отделения, и осуществляли свое сопротивление по отношению к нему, что отражалось на деятельности группы терапии.

В еще одном примере, подтверждающем тезис «биопсии среды», группа проявляла враждебность и нападки в адрес одной пациентки, потому что та требовала слишком много внимания к себе. Попытки понять происходящее в группе как в независимой системе оказались бесплодными. Но когда был исследован широкий контекст — то есть система всего отделения, — смысл конкретных событий той встречи стал совершенно прозрачным. В отделении выдался необыкновенно сложный уик-энд: не хватало персонала и одновременно произошло множество новых госпитализаций, потребовавших значительного внимания медсестер, которые перестали уделять достаточно времени прежним пациентам. Создавшаяся напряженность перенеслась на встречу малой группы, и группа избрала себе в качестве «козла отпущения» ту пациентку. Она оказалась мишенью раздражения и разочарования, ощущаемого пациентами в адрес новичков, а также в адрес сотрудников, чье поведение безотчетно трактовали как нежелание позаботиться о нуждах всех пациентов [22].

Каждая стационарная клиника проходит через периоды упадка духа. Часто бывает трудно четко определить причины этого. Обычно здесь задействован не

один фактор, а их комбинация: некоторые связаны с составом пациентов, а другие — с моральным духом персонала. Время от времени случается наплыв немотивированных, пассивных пациентов, которые поглощают энергию персонала клиники и обеспечивают слишком маленькую отдачу. Вдобавок сотрудники могут переживать синдром выгорания или испытывать значительное напряжение между собой. В такие моменты малая группа терапии часто отражает их нежелание работать. Важно, чтобы терапевты группы уяснили себе состояние клиники *до того*, как начнут сколько-нибудь радикально менять свой подход к группе или сомневаться в собственной эффективности.

Бывают и другие ситуации. Порой сообщество пациентов серьезно конфликтует с персоналом и пытается «расколоть» терапевтов, чтобы натравить одного на другого. В подобных случаях пациенты (особенно если группу ведет консультант, который не входит в состав постоянного персонала) могут на все лады расхваливать свою группу, что производит такое впечатление, будто они критикуют остальной персонал клиники. В такой ситуации терапевт группы может услышать комментарии в том смысле, что его группа терапии — это единственная полезная вещь во всей клинике, или что ему самому следует играть более активную роль в остальных занятиях отделения.

Пациенты чрезвычайно чувствительны к событиям в стационаре, и массовое сопротивление терапевтической программе может быть вызвано любым из широкого ряда событий: присутствием пациентов с острыми расстройствами, отбирающими все внимание персонала; присутствием пациентов, склонных к маниакальным срывам; госпитализацией нескольких «повторников» (повторные госпитализации часто под-

рывают веру пациента в персонал); несоответствие персонала нереалистическим ожиданиям пациентов (источник разочарования); присутствием вносящих раскол пограничных пациентов¹, которые мобилизуют гнев группы против персонала; явной неудачей в лечении кого-либо из пациентов — о чем свидетельствуют попытки суицида в отделении или перевод пациента в клинику для хронически больных.

Хотя малая группа терапии может отражать общее напряжение в клинике, не ее задача — облегчать это напряжение.

Для такой работы клиника должна организовывать другие собрания (общее собрание терапевтического сообщества, собрание персонала, тренинговые группы для персонала, работа с «перегоревшими» сотрудниками). Малая стационарная группа работает максимально эффективно, если система всей клиники пребывает в хорошем состоянии и группа может заняться своими непосредственными задачами, о которых я говорил раньше в этой главе.

Очевидно, что мотивация руководителей группы тоже оказывает на процесс огромное влияние. Кто руководит группой — раздраженные психиатры-ординаторы, для которых ведение группы обязательная часть прохождения практики? Нередко пациенты воспринимают их как формалистов, заинтересованных прежде всего в «делании денег». Возможно, лидер группы — один из старших клиницистов, который использует группу для натаскивания студентов-наблюдателей или ради целей своего личного исследования? В главе 1 я описывал стационарное отделение, где группы вел че-

¹ В оригинале автор именует их «*splitting*» *borderline patients*». — Прим. ред.

ловек чувствительный, но не подготовленный — священник. Его назначили на эту роль врачи, госпитализировавшие пациентов. Все медсестры в этом отделении единодушно считали, что такой руководитель был избран потому, что не представлял никакой угрозы для этих врачей: вероятность того, что он «переманит» к себе их пациентов, была ничтожно мала. Если медсестры были в этом настолько уверены, то наверняка какие-то уничижительные замечания достигали и ушей пациентов.

Очень важны отношения группы психотерапии с программой индивидуальной терапии.

В идеальной ситуации и индивидуальная, и групповая психотерапия могут быть предложены пациенту ежедневно. И в той мере, в какой это возможно в чрезвычайно насыщенной жизни клиники, они должны усиливать друг друга. Некоторую часть времени индивидуальной психотерапии следовало бы посвятить проработке сопротивления пациентов участию в группе и помочь им исследовать их взаимоотношения с другими членами группы. Заимообразно — и группе терапии следовало бы отмечать такие проблемы и обнаруживать те области, которые пациенты могли бы глубже исследовать в процессе индивидуальной терапии.

Некоторые стационары организованы таким образом, что индивидуальные терапевты предписывают своим пациентам, какие занятия они должны посещать, а какие — нет, включая и встречи групп терапии. Мой опыт указывает, что эта модель неизменно оказывается неудовлетворительной: она подрывает деятельность программы групповой терапии. Программа стационара должна иметь приоритет; и хотя советы индивидуальных терапевтов нужно учитывать, именно

сотрудники клиники должны принимать решения относительно того, какие аспекты программы подходят для конкретного пациента.

Любой ценой надо избегать ситуаций, когда групповая и индивидуальная психотерапия воспринимаются как соревнующиеся сферы.

Например, индивидуальный терапевт, который составляет расписание своей работы, не принимая во внимание групповую программу стационара, может вызвать одного или нескольких пациентов со встречи группы терапии ради индивидуального сеанса. Как я уже говорил, эта практика открыто подрывает и деморализует группу, как бы намекая, что групповая терапия — сравнительно маловажный вид деятельности. Клиника с хорошо выстроенной терапевтической программой должна довести до сведения индивидуально-го терапевта, какие часы доступны для индивидуальной терапии, а также дать ему понять, что определенные моменты расписания — в особенности часы занятий группы терапии — не следует нарушать.

Не только принятые в клинике ценности и ее атмосфера влияют на события и динамику встреч малых групп, верно также и обратное: события в маленькой группе могут оказывать значительное влияние на атмосферу всего отделения. Порой встречи малой группы терапии пробуждают у ее участников сильные чувства — чувства, которые необходимо интегрировать в течение остатка дня. Если ведущий группы не принадлежит к постоянным сотрудникам клиники, он должен доводить до сведения персонала главные проблемы, поднятые на занятии группы, — в письменной либо устной форме (что предпочтительней).

В клиниках, где больше одной группы терапии, значение пациентов «сверху» в одну или другую группу может нарушить сплоченность подгруппы пациентов, которая сложилась естественным путем [23]. Этот разрыв будет накладывать свой отпечаток на характер общения между пациентами в течение дня. Часто пациенты пытаются оказать давление на персонал отделения, стремясь добиться пересмотра назначений, чтобы члены подгруппы занимались в одной и той же группе терапии. Вообще говоря, такому давлению следует сопротивляться, поскольку присутствие тесно сплоченной подгруппы, или клики, внутри группы терапии, как правило, носит подрывной характер.

Подведу итоги сказанному: небольшая группа в стационаре действует не как самостоятельная сущность — ее функционирование сложным образом переплетено с функционированием всей психиатрической клиники. Это взаимозависимые процессы: динамика каждого влияет на другой. Более того, можно многое узнать об одной системе благодаря тщательному изучению событий и динамики другой.

Конфиденциальность

Нормы конфиденциальности в стационарной группе отличаются от принятых в отношении амбулаторной группы. В последней всегда соблюдают строгую конфиденциальность. Во время предварительных бесед с каждым пациентом терапевт обычно открыто говорит об этом: «правило строгой конфиденциальности бесед между индивидуальным психотерапевтом и пациентом распространяется и на групповую психотерапию». Ведь если участники группы полагают, что их откровения будут повторены каким-то другим незнако-

мым людям, необходимое доверие и свобода выражения никогда не возникнут. За более чем 20 лет моего опыта ведения амбулаторных групп проблема конфиденциальности редко создавала настоящие проблемы; я нечасто видел, чтобы это соглашение нарушалось.

Иногда амбулаторные группы изменяют правила конфиденциальности до такой степени, что для ее членов считается позволительным обсуждать со своим супругом или близким другом некоторые события, случившиеся во время занятия. Правда, в подобных случаях группа обычно настаивает на том, чтобы человек рассказывал только о своем собственном опыте в группе, а не об опыте других и никогда, ни при каких обстоятельствах, не раскрывал имен других людей.

В стационарной группе невозможно поддерживать те же правила конфиденциальности, и следует устанавливать совершенно иные соглашения.

О событиях, происходящих в малой группе, необходимо сообщать остальной части персонала отделения, а также индивидуальным терапевтам. Членский состав группы меняется каждый день. Пациентов, не участвовавших в сессии, на которой один из пациентов многое рассказывал о себе, приходится посвящать в подробности на следующем занятии. Более того, на встрече группы часто присутствуют наблюдатели — как правило, другие сотрудники стационара.

И все же, чтобы добиться необходимого для эффективной терапии доверия, крайне важно, чтобы пациенты могли рассчитывать на профессиональную конфиденциальность. Таким образом, в стационарных группах конфиденциальность все же должна существовать, хотя и *в других границах*.

Конфиденциальные сведения, открытые в маленькой группе, остаются конфиденциальными — но уже для целого отделения, а не для одной только группы. Все откровения, происходящие в группе, становятся собственностью клиники. На самом деле, не так уж редко случается, что члены малой группы используют ее как средство, позволяющее донести некоторые значимые сведения до других членов персонала клиники. Например, на одной из встреч пациентка говорила о своей гомосексуальности и призналась, что боится, как бы это не отпугнуло от нее окружающих. Она в особенности подчеркивала, что получает огромное утешение, когда ее обнимают сотрудники или пациенты, и опасается, что факт ее гомосексуальности заставит других держаться подальше. Таким образом, ее откровение в малой группе было посланием пациентам и персоналу, которые не присутствовали на встрече, но которых, как она была уверена, проинформируют о ее тревогах.

Контакты между членами группы психотерапии вне занятий

Общение за пределами группы и образование «подгрупп» может оказаться ахиллесовой пятой групповой терапии. В амбулаторной работе подразделение на подгруппы рискует подорвать работу группы, препятствуя ее первоочередной задаче: открытому и глубокому анализу общения между всеми пациентами и терапевтами. Если внутри группы образуется дружеская команда из двух или более участников, они могут начать ценить эти личные отношения больше, чем работу группы терапии. Такие пациенты, например, неохотно предадут на суд группы откровения, которые были доверены им в личных разговорах. Подобная тенден-

ция может стать настолько всепроникающей, что делает эффективную работу групповой терапии практически невозможной.

Разделение на подгруппы в амбулаторных группах возникает достаточно регулярно. Подавляющее большинство психиатрических пациентов испытывают дефицит близких отношений в своей жизни и поэтому высоко ценят сближение с кем-либо из членов группы. Именно этой драгоценностью участники группы часто не желают рисковать ради каких-то эфемерных обещаний личностного роста.

Важно отметить, что разделение на подгруппы в амбулаторных группах — одновременно и большое благо, и высокий риск. Часто на «сепаратных» встречах люди делают замечания относительно друг друга, которые, будучи разделены со всей группой, здорово упростили бы ее работу. Таким образом, для групповой работы разрушительно не разделение на подгруппы само по себе, но возникающий вокруг них «заговор молчания». Амбулаторная группа работает эффективнее всего, когда плотность общения ее участников между официальными встречами незначительна (или такого общения вообще не происходит), а когда такой контакт возникает — члены группы принимают на себя ответственность открыто обсуждать его перед всей группой.

Стационарная группа сталкивается с совершенно иной ситуацией в отношении разделения на подгруппы. Члены стационарной группы взаимодействуют друг с другом в течение всего дня и нередко даже спят в одной палате. Нет никакого смысла отговаривать их от такого общения или ожидать (с учетом ограниченности времени, отведенного на встречи стационарной группы), что пациенты успеют поделиться всеми важ-

ными аспектами своего взаимодействия друг с другом на занятиях. Единственный разумный терапевтический подход — повернуться лицом к существующей клинической ситуации и искать способы обратить ее на пользу группе и пациентам.

Вместо того чтобы отговаривать пациентов от общения вне группы, руководители стационарной группы терапии часто поощряют его.

Можно, например, дать определенным пациентам задание подробно обсудить проблему, которая возникла на встрече, вне группы. Скажем, если у пациента имеются серьезные трудности в раскрытии перед другими какой-либо интимной информации, терапевт может упростить такое самораскрытие, попросив пациента выбрать кого-то в группе, с кем он сможет пооткровенничать после сеанса. Если два пациента сопротивляются общению вне группы, терапевт изучает это сопротивление и поднимает вопрос о том, что заставляет их держаться подалеже друг от друга. Терапевт может попросить пациента выбрать другого участника группы, с которым он хотел бы сблизиться, а затем помогает проанализировать факторы, стоящие на пути развития их близости.

Обоснование такого подхода покоится на упомянутом допущении о том, что большинство психиатрических пациентов испытывает в жизни сильную межличностную изоляцию. Поощряя общение в больнице, терапевт одновременно упрощает работу пациентов над проблемой изоляции в их внебольничной жизни и помогает им полнее использовать терапевтические ресурсы стационара. Ранее мы уже обсуждали пользу для многих пациентов от их взаимодействия с другими пациентами в отделении. Чем больше стационарные те-

рапевты смогут упростить этот процесс, тем более полезны они будут своим пациентам.

Порой пациенты бывают столь отчаянно одиноки, что рассматривают больницу как способ найти друзей и ожидают, что когда они покинут ее, их дружба с другими пациентами продолжится. Как правило, такие ожидания не оправдываются. И хотя существуют исключения, завязавшаяся в больнице симпатия редко развивается в продолжительные отношения. Важно подготовить пациентов к этому, чтобы они не считали непродолжительность больничной дружбы своей неудачей.

Пациенты должны понять, что группа терапии — это своего рода генеральная репетиция жизни: место, где человек учится тому, как завязывать дружбу, а не место, где можно найти друзей.

Формирование близких отношений с другими пациентами в стационаре не только упрочивает социальные навыки пациента, но и обеспечивает его бесценной внутренней точкой отсчета. Вступив в близкие взаимоотношения, — в группе терапии или в стационарной клинике (пусть даже краткосрочные), — человек обретает уверенность в том, что у него есть способность к близости, а также учится больше ценить силу дружбы, которая обогащает его жизнь.

Как я уже говорил, терапевты амбулаторных групп терпеть не могут тесно связанные между собой компании, возникающие в группе терапии, потому что они плодят тайны и заговоры, которые мешают анализу взаимодействия в группе. У терапевтов стационарных групп заботы иные. А поскольку срок пребывания в клинике короток, у компании будет небольшой срок жизни. Притом терапевты стационарных групп часто

рассматривают такие компании скорее как благо, чем как проклятие.

Некоторые пациенты, вероятно, впервые в жизни испытывают, каково это — быть частью группы. Нередко бывает полезно поощрить пациентов к рассказу о том, что они чувствуют, или обсудить, что позволило им сблизиться с другими людьми, входящими в подгруппу. Но всякий раз, когда образуется «внутренний кружок», появляется и соответствующий «внешний». И терапевт должен позаботиться о тех, кто чувствует себя исключенным из компании: помочь участникам маленького кружка не дискриминировать других членов группы, а тех поощрить выражать свои чувства и разочарования в более открытой форме.

Стационарные пациенты часто оказываются в сложной ситуации, когда их товарищи по секрету рассказывают им важные вещи, а потом на встрече группы они предпочитают утаивать эту информацию от терапевтической работы. Когда на заключительных собеседованиях проводимых исследований [24] пациентов спрашивали, о каких важных вещах не говорилось в группе, наиболее частыми ответами были «употребление алкоголя и других наркотиков во время госпитализации» и «сексуальное влечение и романтические отношения между пациентами». По поводу суицидальных намерений пациенты, как правило, не испытывают таких внутренних дилемм. Пациент, который узнает, что другой пациент копит таблетки или планирует попытку самоубийства, обычно сообщает об этом кому-нибудь из членов персонала — но скорее личному терапевту, чем группе.

Романтические отношения нередко возникают в обстановке стационара — хотя, вероятно, не так часто, как раньше, когда госпитализация была долгой.

В отдельных случаях, особенно когда оба участника заинтересованы в групповой терапевтической работе, можно проделать довольно полезную проработку сильных сторон и проблем таких взаимоотношений. Однако, как правило, это слишком полное самораскрытие для пациентов. И терапевту следует принять к сведению, что, возможно, эта проблема группе не под силу и лучше потратить время с большей пользой, работая над более достижимыми целями.

Если в группе возникает пара, чьи чувства не взаимны, — то есть один влюблен, а другой не отвечает тем же, — тогда порой есть возможность изучить эту ситуацию в контексте работы стационарной группы. Терапевт волен помочь одному из пациентов понять причины, по которым его избранник опасается его ухаживаний.

Например, одна женщина захотела обсудить то, что ее влечет к одному из пациентов, который к ней был неравнодушен, но ее пугало часто повторяемое им высказывание, будто их отношения — единственная вещь, удерживающая его от самоубийства. Такая ответственность казалась ей непомерным бременем, и несмотря на свое влечение к нему, она не решалась ответить взаимностью. Еще один пациент понял, что он отпугивает женщин, влюбляясь в них настолько скоропалительно, что они воспринимали это — и вполне правильно — как легкомысленный перенос влечения с одной женщины на другую (то есть его романтические чувства вспыхивали слишком быстро, а знал он о своей новой «возлюбленной» очень мало).

Другая пациентка поняла, что ее сверхзависимость от своего личного терапевта вгоняла в уныние человека, который мог бы стать ее поклонником: тот жаловался, что

она, общаясь с ним, говорит только о наставлениях своего терапевта, и ему казалось, что при встречах с ней наедине их не двое, а трое.

В прежде упомянутом мной исследовании 51 пациенту на заключительных беседах задали вопрос, создавала ли их совместная жизнь в течение всего дня сложности в работе группы терапии [25]. Оказалось, что для 75% пациентов не было проблемой жить и работать вместе в группах терапии. Многие из них даже ощущали это как определенное преимущество! Группа терапии наводила мосты через пропасть изоляции, сближала людей и помогала им чувствовать себя так, словно они одна семья. Группа взламывала поверхностные, гнетущие социальные барьеры и позволяла пациентам общаться друг с другом на более глубоких уровнях.

Те 25% опрошенных, которые считали совместное проживание недостатком для групповой терапии, высказывались в том смысле, что они не желали заниматься терапией 24 часа в сутки и что им было трудно «терапевтически» общаться в группе и «социально» взаимодействовать остальную часть дня. Кроме того, они нередко ощущали себя вовлеченными в конфликтную ситуацию, если кто-то говорил им что-то по секрету, а потом, в группе, излагал нечто иное. Например, один пациент поверил свою тайну другому участнику группы и вроде бы собирался поведать о ней всей группе, но более 15 минут водил группу за нос, а потом отказался от рассказа. Пациент, который был посвящен в тайну, страшно переживал из-за того, что ему пришлось держать язык за зубами, и досадовал на своего товарища за то, что тот потратил столько драгоценного времени группы.

Другие источники информации о пациенте, доступные терапевту стационарной группы

Терапевт амбулаторной группы ведет своих пациентов в течение гораздо более долгого времени и, соответственно, узнает их глубже, чем психотерапевт, ведущий стационарную группу. Но последний часто имеет доступ к большому объему информации о пациенте, которую тот предпочитает скрывать (или пока не открывает) от группового терапевта. Источниками такой информации служат: психиатрическая история госпитализаций и исследований, журнал записей индивидуального терапевта, заметки медсестер и сведения, которыми пациент поделился в беседах с разными сотрудниками персонала клиники.

Я постоянно подчеркиваю в этой книге, что стационарная группа терапии лучше тогда, когда первоочередное внимание уделяется анализу взаимодействия «здесь и сейчас» в том виде, в каком оно разворачивается в группе.

Соответственно, внешняя информация или предыдущая история не так уж необходимы для функционирования группы. В действительности часто терапевту бывает трудно усвоить всю разрозненную информацию о каждом пациенте, посещающем группу в конкретный день (особенно если терапевт не является постоянным сотрудником). Вообще говоря, желательно, чтобы по крайней мере один из работающих совместно терапевтов входил в состав персонала и имел доступ к информации, полученной на ежедневных приемных собеседованиях, на обходах и от медсестер.

Однако порой внешняя информация оказывается жизненно важной для функционирования группы и

для терапевтической работы с конкретным пациентом. Давайте рассмотрим три клинические ситуации, возникшие в одной и той же группе.

Барбара, 50 лет, посетила примерно пять встреч группы, на деле не участвуя в ее терапевтической работе. Она неизменно излагала свои проблемы настолько туманно, что члены группы ни разу не смогли найти возможность оказаться ей полезными. Она заявляла, что ей нужно отыскать некую форму духовного возрождения, пересмотреть свою иерархию ценностей, найти какой-то иной способ времяпрепровождения и т.д. Это была весьма импозантная женщина, явно из высших слоев общества и хорошо образованная. Такое поведение раздражало других пациентов и отвращало их от более близкого общения с ней. Однако в распоряжении терапевтов была некоторая значимая информация о ней (полученная из заметок медсестер и отчета ее личного терапевта). Барбара столкнулась в своей жизни с катастрофической ситуацией: ее муж промотал все достояние семьи и бросил ее, оставив без единого источника средств к существованию. Двое ее детей полностью отделились от семьи и в течение нескольких лет никак с ней не общались. Она только что лишилась своего дома; у нее не было денег, не было работы; вещи ее лежали на хранении на складе; она не имела представления, где будет жить, когда выйдет из больницы.

Лестер, 40 лет, приходил в группу ежедневно в течение приблизительно 2 недель и выражал желание проработать две проблемы: отчуждение между ним и двумя его сыновьями и неспособность сопереживать жизненным трагедиям других пациентов отделения. Но продуктивной работы от Лестера добиться было трудно. В речах он был склонен к повторениям и уклончивости. Он тоже раздра-

жал многих пациентов тем, что четко излагал свои мысли и был явно хорошо образован. Он работал секретарем врача, но пациенты в палате думали, что он доктор, и обращались к нему соответственно; Лестер не давал себе труда поправить их.

У терапевтов была дополнительная информация о Лестере, неведомая членам группы. Во-первых, хотя между Лестером и его сыновьями действительно существовало отчуждение, оно длилось уже много лет и не было напрямую связано с нынешним кризисом, который привел к госпитализации. Стрессом, непосредственно вызвавшим госпитализацию Лестера, было незначительное криминальное обвинение (он так долго держал у себя взятую напрокат машину, что его обвинили в краже). Лестер поступил в госпиталь в состоянии депрессии в тот самый день, когда было назначено судебное разбирательство.

Лиза, 24 лет, страдала анорексией. Продолжительная госпитализация была частью ее лечебной программы, и она посещала группу ежедневно более 4 недель. Лиза пыталась проработать в группе свою ненависть к себе, негативные чувства по поводу своей внешности и страх перед осуждением со стороны окружающих. Группа была для нее бесполезна, и терапевты группы оказались в настолько безвыходном положении, что у них опустились руки, и они старались избегать работы с ней на групповых сеансах. Лиза не упоминала в группе о том, что у нее сменился целый ряд личных терапевтов. Она по отношению к ним вела себя столь враждебно и так сопротивлялась терапии, что спустя недолгое время каждый из них отказывался работать с ней. В тот период, когда Лиза занималась в группе, она постоянными оскорблениями довела своего личного терапевта до того, что он договорился с психиатрической медсестрой, чтобы та присутствовала на каждой из их встреч.

Итак, в каждой из трех ситуаций не только сами пациенты – Барбара, Лестер и Лиза – не продвигались в своей терапевтической работе, но и группа была блокирована и неэффективна. Это ощущение бесполезности подрывало веру других пациентов в групповой процесс. Что еще хуже, на встречах присутствовали пациенты, которые оказались в роли доверенных лиц Барбары, Лестера и Лизы, но они не хотели «предать» приятелей, обнародуя информацию, которую те явно не желали обсуждать публично. Эти пациенты чувствовали себя как в ловушке, их раздражала и разочаровывала группа терапии. Некоторые даже норавли пропускать встречи.

Что следует делать терапевту в таких случаях? Прежде всего, важно использовать все имеющиеся в вашем распоряжении методы, чтобы помочь пациентам донести до группы недостающую информацию. В качестве последнего средства вы всегда можете сделать пациентам замечание о том, что они, похоже, забуксовали в своей терапии и что группа кажется неспособной помочь им. Стоит поинтересоваться, нет ли случайно какой-нибудь важной информации, которой пациент не делится с группой и которая могла бы быть полезной в терапевтической работе.

Если никакие методы не помогают, тогда, полагаю, терапевту следует найти поддерживающий конструктивный способ, позволяющий раскрыть эту информацию группе. Естественно, придется воспользоваться своей способностью к клиническому мышлению. Если, к примеру, пациент – параноидный шизофреник, тогда никакие обстоятельства не могут служить оправданием такого нарушения конфиденциальности со стороны терапевта. Пациент почти наверняка враждебно отреагирует на ваши откровения, сделав таким обра-

зом невозможным даже самый незначительный терапевтический альянс [26]. Но если, по мнению терапевта, скрытая информация явно пойдет на пользу психотерапии, тогда следует ее раскрыть. Первоначальное ощущение смущения или раздражения пройдет — и будет с лихвой компенсировано последующим терапевтическим прогрессом.

Важно, чтобы терапевты раскрывали информацию в такой форме, которая не покажется пациенту предательством или унижением. Рассмотрим случай Барбары, первой пациентки. Терапевты втянули ее в обсуждение вопроса о гордыне: что лично для нее означает «гордыня», какие преимущества она дает и какова цена, которую приходится за нее платить. Барбара вместе с группой обсуждала, как ее поведение и чрезмерная гордость создали пропасть между ней и другими. Затем терапевты открыли, что у них есть информация о том, что она в реальной жизни находится в отчаянной ситуации; и их поразило то, что Барбара не желала поделиться этим с остальными, не позволяла им позаботиться о ней.

Терапевты попробовали похожий подход с Лестером. Они подчеркнули, что его работа заключалась в заботе о других людях, но он всегда так тщательно скрывал собственные нужды, что не получал от других взаимной заботы. Что случилось бы, задали они вопрос, открой он группе реальные события, окружавшие его госпитализацию? Как бы это повлияло на ту роль, которую он принял на себя в клинике? Каковы были бы последствия для его гордости? Каково было ему приходиться каждый день в группу, сознавая, что он утаивает информацию, раскрытие которой дало бы ему шанс преодолеть ситуацию?

Групповые терапевты Лизы вышли из тупика, по-

делившись тем, что знают о ее проблемах в работе с личным терапевтом. Они заняли терапевтическую позицию, позволив Лизе исследовать вопрос о том, сможет ли группа помочь ей здесь. Они размышляли вслух о том, что подобные проблемы могут быть связаны с ее чувствами в адрес облеченных властью людей, в особенности – мужчин. Почему она казалась столь робкой и зажатой в группе терапии – и была столь необузданно гневной в отношении своего личного терапевта? Может ли быть, что она сердита и на групповых терапевтов тоже и попытки подавить этот гнев стали препятствием на пути ее работы в группе?

Во всех этих примерах раскрытие терапевтами информации было сделано способом мягким, поддерживающим и упрощающим дальнейшую работу. Кроме того, в каждом из приведенных примеров терапевты обнаружили, что такая стратегия способствовала снятию напряжения в группе и позволила ей более эффективно работать не только с данным конкретным пациентом, но и в целом. Быть «собакой на сене», лежащей на информации, жизненно важной для прогресса терапии, – такая роль дезорганизует терапевта и вовлекает его в антитерапевтический «заговор молчания» заодно со скрывающим информацию пациентом.

Другие роли терапевта стационарной группы

Амбулаторные терапевты, как правило, видятся с пациентом лишь 1–2 раза в неделю в группе терапии. Иногда встречи с пациентом в состоянии кризиса происходят и на индивидуальных сеансах. Некоторые групповые терапевты берут на себя обязанность вести долгосрочную индивидуальную терапию своих пациентов. Групповые терапевты могут прописывать лекарст-

венное лечение либо встречаться с пациентами своей группы на семейной или парной терапии. Однако в целом желательно, чтобы терапевт амбулаторной группы принимал на себя только одну «чистую» роль группового терапевта. Психотерапия проходит гораздо более эффективно и гладко, когда у лидера группы нет дополнительных ролей, осложняющих процесс.

У терапевтов стационарной группы нет возможности ограничить количество ролей, в которых их видят пациенты. Как правило, терапевт здесь относится к персоналу клиники и в этом качестве должен взаимодействовать с пациентом множеством способов. Персонал стационара призван обеспечивать четкую структуру и устанавливать определенные границы. Это иногда требует непопулярных действий, порождающих значительное недовольство среди пациентов. В каждом стационаре бывают периоды, когда пациенты и персонал оказываются на разных полюсах и враждебные отношения могут воцариться на несколько дней, а порой даже недель. Групповой терапевт не застрахован от таких чувств и должен быть готов разбирать их на групповой терапии.

Небольшой иллюстративный пример: Кристина, 25-летняя пациентка с пограничным синдромом, регулярно посещала группу в течение 2 недель и побывала на 10 последовательных групповых встречах. Она была привлекательной женщиной, умела трогательно подать собеседнику свою жизненную ситуацию и получала значительную поддержку и сочувствие от остальных пациентов. У Кристины была склонность к театральным жестам, и во время пребывания в больнице, узнав плохие новости о своей работе, она совершила попытку самоубийства, надев на голову пластиковый пакет.

Ее поступок привел к разногласиям среди персонала. Некоторые сотрудники считали, что она довольно хорошо прогрессировала во время госпитализации и что этот поступок был откровенно демонстративным, поскольку поблизости находились другие люди. К тому же она достаточно сильно шумела, чтобы привлечь внимание. С другой стороны, дело происходило в открытом отделении, где существовало четкое правило: пациент, совершивший попытку самоубийства во время пребывания в отделении, должен быть переведен в закрытую палату. Более того, личный терапевт Кристины был обеспокоен возможностью новой суицидальной попытки и торопил перемещение пациентки. Соответственно, были сделаны приготовления для немедленного перевода в закрытое отделение.

Встреча группы в тот день проходила в крайне беспокойной атмосфере. Члены группы не одобряли действия персонала отделения — и заодно терапевтов группы как его представителей. Пациенты обвиняли их в жестокости, склонности к осуждению, приверженности «букве закона», равнодушии и негуманности. Более того, пациенты считали, что отказ сделать исключение из правила, установленного давным-давно, — проявление негибкости со стороны сотрудников. Чувства членов группы были единодушны — все пациенты в группе в тот день симпатизировали Кристине и оказывали давление на терапевтов, дабы решение о ее переводе отменили.

К каким средствам могли прибегнуть терапевты группы? Прежде всего, они не могли снять с себя роль членов персонала стационара. Даже если бы они не соглашались с решением о переводе Кристины, озвучивать эти чувства было бы неразумно. Такое свидетельство несогласия в среде персонала и его склонно-

сти к расколу могло бы в долгосрочной перспективе выбить из колеи большинство пациентов, для которых твердая внешняя структура позволяет преодолеть состояние внутренней дезорганизации. В такой ситуации, как эта, стратегия стационарного терапевта должна существенно отличаться от личностного, прозрачного подхода, характерного для лидера долгосрочной амбулаторной терапии. Я, однако, не собираюсь говорить, что терапевты не имеют права высказывать личную обеспокоенность и сожаления о случившемся. Общее правило здесь таково: если терапевт испытывает противоречивые чувства, почти всегда желательно поделиться ими.

Так, терапевты группы могли бы обсудить с пациентами свое небезразличие к Кристине, обеспокоенность тем, что курс ее терапии приходится прервать, свою надежду на то, что она сможет незамедлительно пройти эффективный курс лечения в новом лечебном учреждении. Но в то же время терапевты должны были высказать свою озабоченность по поводу влечения Кристины к смерти и уверенность в том, что личный терапевт Кристины знает ее лучше всех, поэтому к его мнению необходимо прислушаться. Они могли также поделиться своими «системными» соображениями — то есть уверенностью в том, что установленное правило (в отношении попыток самоубийства в открытом отделении) очень важное и продиктовано исключительно заботой о пациентах.

Когда одного пациента, в особенности пользовавшегося популярностью у окружающих, «изгоняют» из отделения или куда-то переводят, у других это вызывает сильную тревогу. Такое изгнание порождает глубокое возбуждение, которое берет начало в страхе быть отвергнутым основной группой.

Терапевт должен помочь группе распознать отличие двух ситуаций: (1) персоналу клиники не нравится пациент, они его выгоняют или не заботятся о нем, потому что он не вызывает симпатии; (2) персонал клиники принимает на себя медицинскую ответственность за лечение пациента.

Если клиническая обстановка оказывается неадекватной или небезопасной для пациента, то перевод пациента в более приемлемые условия — всего лишь проявление основополагающей врачебной ответственности. Аналогично меняют назначение лекарства или любой другой режим лечения, который оказался небезопасным или малоэффективным.

Как правило, если беспокойство достигло высшей точки, пациенты в течение некоторого времени не будут в состоянии распознать это отличие. Терапевту придется проявить настойчивость — повторять свою точку зрения и рассказывать о своих чувствах много раз. Одна из наиболее трудных вещей, которые предстоит усвоить неопытному, избравшему профессию терапевта, состоит в следующем. Хотя установление границ бывает делом трудным и непопулярным, в долгосрочной перспективе эти границы действуют на пациентов благотворно и успокоительно.

Другая проблема обычно касается медсестер, исполняющих обязанности групповых терапевтов. Они — в своем повседневном непрекращающемся контакте с пациентами и в особенности при разговорах с глазами — склонны рассказывать о своей личной жизни больше, чем целесообразно для руководителя группы. Как следствие, медсестры часто ощущают, что им приходится «жонглировать» двумя разными самопрезентациями. Когда медсестра ведет группу совместно с терапевтом, который не принимает участия в повсе-

дневной жизни клиники, то члены группы воспринимают этих двух коллег-терапевтов совершенно по-разному. Если в группе есть пациенты, для которых такая ситуация создает проблемы, руководителям группы следует обсудить проблемы открыто. Тем самым они подают хороший пример пациентам, показывая, что в откровенности и свободной дискуссии нет никакой скрытой опасности.

**Госпитализированные пациенты:
деморализованные, встревоженные,
лишенные обычных источников внешней
поддержки**

Очевидно, что психотерапевт стационарной группы почти всегда работает с пациентами намного более тяжелыми, чем те, с которыми имеет дело амбулаторный психотерапевт. Притом и само пребывание в больнице определяет реакцию пациента на терапию. Для многих пациентов, как я уже говорил, госпитализация символизирует неудачу и поражение, усугубляя стресс, дезорганизацию и деморализованность, переживаемые пациентами в жизненных ситуациях.

У многих пациентов, которые изолированы от своих семей и друзей, госпитализация также порождает ощущение одиночества и отстраненности. Хотя изоляция от неблагоприятного окружения обычно бывает полезной, у нее есть и множество недостатков. Например, терапевты группы не могут ожидать от пациентов (как в амбулаторной группе), что они будут тут же переносить свои внутригрупповые навыки на ситуации вне группы, испытывая их в реальной жизни, а потом расскажут группе о результатах своих попыток, дабы поделиться опытом и модифицировать его.

Обстановка клиники усиливает и оправдывает возникновение чувства зависимости и подчинение этому чувству. Пациенты попадают в зависимое положение: их кормят, их физическим нуждам уделяется пристальное внимание, от них не ждут выполнения обычных бытовых обязанностей. Как следствие, в стационарной группе зависимость проявляется очень ярко, и терапевт должен создать методы противодействия стремлению к зависимости.

Пациенты стационара, как правило, сталкиваются с колоссальным стрессом со стороны социальной среды.

Многие не имеют постоянного жилья, работы, системы социальной поддержки, финансовой обеспеченности. Некоторые понятия не имеют, где они будут жить, когда их всего несколько дней спустя выпишут из клиники. Терапевт должен понимать значимость таких проблем. Однако, как я говорил в разделе, посвященном целям стационарной терапии, крайне важно, чтобы он не совершал ошибку, предлагая группе разбираться с проблемами, в которых она неэффективна.

Сам по себе уровень стресса определяет тип работы, которая может быть проведена. Иногда стационарный терапевт осознает, что глубоко проник в защитную структуру пациента. Действительно, зачастую терапевты получают доступ к такому количеству *первичных процессов*¹, что аналитически подкованный, ориентированный на инсайт терапевт чувствует себя так, словно попал в лавку «психодинамических деликатесов». Однако психотерапевты должны постоянно иметь

¹ Значение термина см. в «Глоссарии» в конце книги. — Прим. ред.

СТАЦИОНАРНАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

в виду, что существует огромная пропасть между открытием терапевтом психодинамических особенностей пациента – и способностью самого пациента использовать эти инсайты. Одной из фундаментальных опор хорошей терапии является ощущение момента: бывают моменты, когда пациент может прекрасно воспользоваться инсайтом – а бывают такие, когда он еще не готов воспринять интерпретации. Преждевременные интерпретации не только неэффективны: они расстраивают пациента и замедляют терапию, отвлекая внимание от терапевтической работы, которую можно провести в группе.

Подавляющее большинство участников стационарной группы находятся в состоянии кризиса; у них острая дисфория; они скорее ищут утешения и стремятся выжить, чем лично расти.

А на самой вершине иерархии ценностей любого терапевта находятся такие качества, как личностный рост, самопознание и самоактуализация. Естественно, мы, терапевты, от души желаем этого своим пациентам, и нам трудно укротить свое желание помочь пациенту в этом плане. Однако работа в больнице часто требует, чтобы мы обуздывали такие благие, но заоблачные желания. Стационарный терапевт призван помочь пациенту заложить фундамент безопасности и защищенности, а возведение башен и шпилей предоставить тому терапевту, который будет лечить пациента после выписки.

Глава 3

Стратегии и техники ведения группы

В предыдущей главе я рассмотрел некоторые факты клинической жизни, с которыми приходится сталкиваться психотерапевту, работающему со стационарной группой. Сложности стационарной клиники — такие как краткость лечения, острота и широкий спектр патологий, взаимоотношения между малой группой и большим отделением — требуют, чтобы терапевты групп модифицировали свой подход к структуре, составу и размеру группы, частоте встреч, их продолжительности, к целям терапии, внегрупповому общению и конфиденциальности.

В этой главе я буду говорить о последствиях таких клинических фактов для базовой стратегии терапевта стационарной группы. Я собираюсь описать стратегии и техники, применимые в целом ко всем формам стационарной терапии. В главах 5 и 6, соответственно, я представлю подробные модели двух типов стационарных групп терапии: высокоуровневой и низкоуровневой.

Временные рамки: один-единственный сеанс

Терапевты амбулаторных групп работают в лонгитюдных временных рамках:

- сеанс за сеансом выстраивают сплоченность группы;
- наблюдают за развитием шаблонов в течение недель и месяцев;
- многократно и терпеливо прорабатывают одни и те же вопросы в ходе целой серии встреч;
- продолжают работать над одной темой не одну неделю (на самом деле, как правило, чем отчетливее чувство непрерывности работы от встречи к встрече — тем сильнее становится группа).

Однако в стационарном учреждении быстрая смена членов группы, краткий период госпитализации и изменяющийся состав группы от одной встречи к другой — все это диктует фундаментальные изменения во временных рамках работы терапевта. Два соседних сеанса группы редко происходят в одном и том же составе. Многие члены группы успевают посетить лишь один сеанс.

Терапевты стационарной группы не могут работать в лонгитюдных временных рамках; вместо этого они должны рассматривать жизнь группы как один-единственный сеанс.

Эта необходимость предполагает, что следует пытаться провести как можно более полезную работу для максимального числа пациентов в течение каждого группового сеанса. Временные рамки единственного сеанса требуют, чтобы терапевты стационарной груп-

пы стремились к эффективности. У них нет времени выстраивать группу, нет времени позволять событиям развиваться самостоятельно, нет времени для постепенной проработки тем. Чем бы они ни намеревались заниматься – они должны делать это за один сеанс, и делать быстро.

Такие соображения требуют высокого уровня активности – значительно более высокого, чем принят в долгосрочной психотерапии амбулаторной группы. Терапевты стационарной группы должны структурировать и активировать группу; «тормозить» членов группы, активно их поддерживать; они должны лично взаимодействовать с пациентами. В стационарной групповой терапии нет места для пассивного, бездействующего терапевта.

Структура

В стационарной групповой психотерапии нет места и для «недирективного» лидера! Многие работающие амбулаторно терапевты предпочитают сравнительно незначительную структурность процедуры терапии. Они позволяют членам группы искать свое собственное направление и изучают разнообразные реакции членов группы на неопределенность терапевтической ситуации. Но, как мы уже видели, временные рамки стационарной групповой терапии не дают терапевту такой роскошной возможности.

Терапевт амбулаторной группы, кроме того, может полагаться на стабильный членский состав группы, который обеспечивает крепкий «костяк» принятых в группе норм. Однако, как я уже говорил, в стационар-

ной группе нельзя полагаться на этот источник структурности, задача разработки и обеспечения норм ложится на плечи самого терапевта.

Более того, сама природа психопатологии, с которой сталкивается психотерапевт стационарной группы, требует структурности. Большинство пациентов в стационарном учреждении дезориентированы, напуганы и дезорганизованы; им настоятельно требуется некая навязанная извне структура. Дезориентированный пациент меньше всего хочет оказаться втянутым в загадочную, провоцирующую беспокойство ситуацию! Многочисленные клинические наблюдатели отмечали, что дезориентированные пациенты воспринимают ситуацию как угрозу себе, когда их помещают в клиники, которые сами производят впечатление дезорганизованных.

Учитывайте переживания дезорганизованного пациента, который впервые в жизни попадает в психиатрическую клинику! Он окружен другими глубоко встревоженными, иррационально ведущими себя пациентами; острота мышления новичка может быть притуплена лекарственными препаратами; он знакомится с множеством членов персонала, чьи роли часто не дифференцированы; поскольку многие сотрудники носят обычную одежду, вновь прибывший может путать их с пациентами; более того, поскольку персонал сменяется по сложному расписанию, чувство стабильности внешней среды у пациента еще более нарушается.

Установленная извне структура является первым шагом к появлению ощущения внутренней структуры. Тревожность пациента снижается, когда он различает четкую внешнюю структуру и ясно и твердо понимает, чего ждут от его поведения.

В одном исследовании использовали заключительные собеседования с пациентами, во время выписки из стационара — анализировали их оценки ситуации в группе терапии [1]. Большинство пациентов высказывались в пользу руководителей, которые обеспечивали в группе активную структуру, брали дело в свои руки в самом начале встречи и давали ясное направление деятельности группы. Пациенты предпочитали лидеров групп, которые заботились о равном распределении времени; активно вовлекали членов группы в работу и фокусировали на ней внимание группы; не давали словоохотливым участникам увести работу группы в сторону; обеспечивали группе ясное понимание основной задачи и направления усилий. Пациенты, за редким исключением, хотят иметь сильного, смелого, активного и предлагающего структурированный подход группового лидера.

Результаты этих собеседований получают мощную поддержку в лице эмпирических исследований, которые показывают, что и члены группы, и терапевты считают структурированные групповые встречи гораздо более терапевтичными, чем неструктурированные [2].

Виды структур

Руководители обеспечивают группе структуру, обрисовывая ясные пространственные и временные границы; усваивая четкий, решительный, но гибкий личный стиль поведения; подробно ориентируя и подготавливая пациента, а также разрабатывая последовательную, связную систему групповой работы.

Пространственные и временные границы

Стойкие, хорошо очерченные пространственные границы порождают ощущение внутренней стабильности. Важно, чтобы группа встречалась в помещении подходящего размера, — в комнате достаточно просторной, но не похожей на пещеру. Я предпочитаю проводить встречи в комнате, пространство которой в основном заполняется кругом, образованным членами группы. Чрезвычайно важно, чтобы группа встречалась в четко определенном пространстве, *предпочтительно — в комнате с закрывающейся дверью*. Из-за ограниченности числа свободных помещений в клинике многим группам приходится проводить занятия в очень большом общем зале или в коридоре — в пространстве без четко обозначенных границ. Мой опыт говорит о том, что такая обстановка ставит группу в неблагоприятные условия и предпочтительнее найти помещение за пределами отделения, чем встречаться в таком пространственно не структурированном месте.

Идеальная рассадка для группы — это круг. Терапевту следует избегать такого порядка рассаживания, при котором у любого члена группы нет возможности видеть всех остальных (например, когда по три или четыре пациента сидят в ряд на длинной скамье).

Такое расположение всегда расхолаживающе влияет на взаимодействие между членами группы, столь важное для терапии, и поощряет пациентов обращаться к терапевту, а не друг к другу.

Терапевт должен взять на себя заботу о том, чтобы работа группы прерывалась как можно реже. Опозда-

ния и ранние уходы пациентов во время встречи не следует поощрять. Разумеется, в идеальной ситуации все члены группы присутствуют с самого начала встречи, и до самого ее окончания не происходит никаких сбоев.

Заключительные собеседования с пациентами перед выпиской ясно дают понять, что пациентов неизменно раздражают перебои в работе, вызванные опозданиями. Терапевт должен подавать пример точности и пунктуальности и являться вовремя на каждую встречу.

Наиболее дезорганизованным пациентам нередко требуется напоминание и сопровождение до комнаты, где проходят сеансы. Если пациенты легли подремать, сотрудникам персонала следует разбудить их как минимум за 10–15 минут до встречи.

Персонал клиники должен активно обеспечивать обязательные посещения командных и низкоуровневых групп. Но совершенно иную стратегию стоит применять к высокоуровневым группам, они (по причинам, которые я привожу в главе 5) лучше функционируют при факультативном посещении. Я, работая с высокоуровневыми группами в течение многих лет, не разрешаю опоздания на сеанс (независимо от причин). Как только дверь закрывается, пространство группы не должно нарушаться. Естественно, те, кто опаздывает на 3–4 минуты и не допускается на встречу, испытывают некоторое раздражение, но преимущества этого подхода намного перевешивают его недостатки. Терапевт демонстрирует пациентам, что высоко ценит время группы и желает использовать его по максимуму. Большинство членов группы одобряют решение не

допускать в группу опоздавших, а пациент, которому не разрешили войти, может, и будет какое-то время дуться, но на следующий день наверняка придет во время.

Обычно терапевты чувствуют себя неуютно в роли суровых привратников — отказ в доступе пациенту, пришедшему на терапию, идет вразрез со всеми правилами клинической подготовки. Это чувство, однако, сосуществует с убежденностью терапевта в том, что такое твердое установление границ является необходимой терапевтической мерой — и не только для группы, но и для самого опоздавшего. Если терапевт ощущает два одновременно возникающих конфликтных чувства, хороший выход — поделиться с членами группы и одним, и другим. Более того, весьма желательно после встречи отыскать опоздавшего пациента, чтобы утешить его и уверить в том, что его вовсе не желали отвергнуть, надо еще раз объяснить ему правила группы и передать приглашение на следующую встречу.

У стратегии «никаких опозданий» есть еще одно дополнительное преимущество. Значительное число социально-психологических исследований показывает: если при допуске существуют некие барьеры и человеку приходится приложить определенные усилия или чем-то пожертвовать, чтобы попасть в группу, то он непременно расценивает такую группу как более желанную. Подобные условия повышают комплекс ожиданий пациента, а, как я говорил в главе 1, есть убедительные свидетельства того, что чем выше ожидания пациента, тем более успешной будет терапия. Иными

словами, если пациент ценит терапию и верит, что она ему поможет, она действительно будет более эффективна.

Желательно, чтобы члены группы, присутствующие на встрече, не уходили с нее раньше времени.

Разбираться с такими «беглецами» сложнее, чем с опоздавшими, поскольку очень неуравновешенные пациенты (в особенности те, у кого есть тенденция к клаустрофобии) начинают волноваться еще сильнее, если видят, что им не позволят покинуть комнату. Поэтому терапевт правильно поступит, просто выразив вслух надежду, что все члены группы останутся до конца встречи. Терапевт, который до начала встречи замечает явно гиперактивных и возбужденных пациентов, должен спросить у них, чувствуют ли они себя в состоянии пробыть в группе все время, отведенное на встречу. Если ответ отрицательный, то терапевт может предложить им не посещать группу сейчас, но прийти на следующий день, когда они будут чувствовать себя спокойнее. В низкоуровневых группах (их я буду описывать в главе 6) пациентам часто приходится уходить раньше, но их следует поощрять и за то время, которое они способны оставаться в группе. Можно установить договор между пациентом и терапевтом, согласно которому пациент постарается оставаться на несколько минут дольше на каждой последующей встрече.

Если пациент оказывается взбудоражен каким-то событием на сеансе и решает уйти, терапевт, конечно, не может физически воспрепятствовать ему сделать это. Одна-

ко у него есть под рукой несколько реальных возможностей, выбор которых зависит от конкретной ситуации. Порой терапевт может переиграть ситуацию для пациента таким образом, чтобы воззвать к его личным терапевтическим целям.

Если, например, у пациента имеется долгая история избегания конфликтных ситуаций и он уже выразил желание изменить этот неадаптивный шаблон, тогда терапевт может использовать данный рычаг, напомнив пациенту о его решении. Например, произносит нечто вроде: «Джон, я вижу, что вы испытываете ужасный дискомфорт и просто никак не можете оставаться в группе при таком скверном самочувствии. Однако, с другой стороны, я считаю, что для вас было бы очень важно попробовать сдержаться и остаться в группе еще на некоторое время. Вспомните, ведь одна из вещей, которые вы хотите изменить в себе, — это способ общения с другими людьми в таких ситуациях, когда вы ощущаете дискомфорт или гнев. Вот вам замечательная возможность попытаться совершить эту перемену. Если вы сейчас уйдете, то всего-навсего повторите то, что уже так много раз проделывали раньше».

Когда пациент кажется скорее рассеянно беспокойным или не находящим себе места, то терапевт может побудить его остаться, успокоив и предложив, чтобы тот присутствовал до конца встречи просто в качестве слушателя. Если пациент напуган, терапевт может предложить ему сменить место и сесть рядом с одним из терапевтов, находящихся в комнате. Порой бывает полезно пригласить пациента наблюдать за группой до конца сеанса с места, расположенного вне

группового круга, или, если это возможно, из комнаты наблюдателей. Если испытывающего смятение пациента невозможно удержать в комнате, один из руководителей группы должен выйти из комнаты вместе с ним и проинформировать других членов персонала о том, что у пациента острый дистресс.

Окончание сеанса точно в срок редко представляет собой проблему, поскольку в большинстве стационарных клиник остро не хватает помещений, и та же комната обычно требуется для каких-либо других занятий. В общем и целом это ограничение даже к лучшему.

Порой бывает так, что окончание сеанса застает группу в процессе бурного обсуждения важной проблемы, которое настоятельно требует продления сеанса на несколько минут. Однако в общем своевременное окончание встречи столь же важно для создания у пациентов чувства последовательной структуры, сколь и своевременное начало.

Стиль терапевта

Стиль ведения группы вносит большой вклад в структуру, которую группа обеспечивает пациентам. Находящихся в состоянии острой тревоги, напуганных и дезориентированных пациентов успокаивает присутствие терапевта, который тверд, открыт и решителен, но в то же время делится с ними логическими причинами своих действий.

Нередко в стационарных группах появляются пациенты с подрывным поведением. Они могут проявлять уклончивость, неорганизованность, воинственность или нарушать порядок каким-нибудь иным из

множества способов. В идеале было бы желательно, чтобы члены группы разобрались с этими эксцессами самостоятельно: это создало бы у них ощущение влияния и личной и групповой автономии. Как правило, в амбулаторных группах терапевт предпочитает позволить эксцессу развиться и изучает попытки группы уберечь себя. В конечном счете намерение руководителя состоит в том, чтобы помочь членам группы проанализировать свои глубинные реакции на подрывные события.

Однако в стационарных условиях терапевту не стоит быть пассивным, оставлять группу без руководства перед лицом какого-нибудь серьезного подрывного события. Пациенты напуганы, глубоко погружены в кризис, переживают слишком серьезный стресс, чтобы эффективно справляться с такими событиями. Они успокаиваются и ощущают окружение группы как более безопасное, когда терапевт в подобных обстоятельствах действует твердо и решительно.

Если, например, пациент с манией выходит из-под контроля, нет никакого смысла позволять ему продолжать действовать в том же духе. Он не почувствует себя лучше оттого, что его поведение не пытаются сдерживать, а остальная группа будет испытывать раздражение по отношению к нему и переживать из-за того, что ее обманули, лишив времени, отведенного на терапию. Позиция терапевта должна быть твердой и решительной. Вы можете сделать пациенту замечание в том смысле, что сейчас нужно успокоиться и научиться слушать остальных; или, если пациент не в состоянии себя контролировать, вы можете попросить его покинуть группу.

Остальные пациенты получают большое облегчение от такого оперативного вмешательства. Порой бывает, что пациенты испытывают тревогу или чувствуют личную угрозу в результате столь решительных действий терапевта, но эти переживания обычно смягчаются в процессе обсуждения инцидента и реакции на него терапевта. Вам стоит рассказать группе о своих противоречивых чувствах. Например, вы можете признать, что чувствуете себя некомфортно из-за того, что вам пришлось так утихомирить пациента, и вы беспокоитесь из-за его возможной обиды. Но при этом следует подчеркнуть ваше стойкое убеждение, что такой выход был наилучшим для пациента и для всей группы. И желательно попросить группу выразить вслух свою ответную реакцию. Не кажется ли членам группы, что вы были слишком строги или чересчур непреклонны? Не ощутила ли группа отторжения с вашей стороны? Или пациенты испытали облегчение, когда вы вмешались?

По временам группа углубляется в долгие интеллектуальные, внеличностные дискуссии, которые терапевт рассматривает как непродуктивные. В амбулаторных условиях терапевт имеет возможность терпеливо комментировать то, чем занимается группа. В стационарных желателен проявлять большую директивность и меньшую тонкость при таких вмешательствах. Работа группы упрощается, а сама группа приветствует прямые вмешательства, например такого плана: «Я понимаю, что тема нашей текущей беседы чрезвычайно важна для некоторых присутствующих. Но у меня также есть стойкое ощущение, что это — не лучший способ использовать наши возможности. Занятия в группе

смогут гораздо больше помочь нам, если мы сосредоточимся на чувствах, которые испытываем по поводу отношений и общения с другими, и я думаю, что было бы лучше, если бы мы смогли перейти к ...» (Здесь ведущий группы должен представить пациентам какую-либо новую тему для обсуждения.)

Когда терапевт уверен в том, что у него есть последовательная, ясная система отсчета целей и процедур группы, эту систему отсчета и уверенность он транслирует пациентам.

Неосуществимо и клинически бессмысленно подробно излагать все полезные аспекты работы группы ее членам. Некоторые терапевтические механизмы становятся менее эффективными, если говорить о них в открытой форме (такие, например, как повышение самооценки пациента благодаря принятию со стороны группы). Более того, часть терапевтических факторов (такие, как альтруизм или универсальность) требуют определенной степени спонтанности и становятся менее действенными, если их открыто режиссировать. И все же есть множество полезных аспектов, о которых можно и нужно говорить прямым текстом. Если руководитель делится теоретическими выкладками (в понятной и доступной форме), которыми он руководствуется в своих поступках, это не только обеспечивает пациентам полезную структуру, но и привлекает их к терапевтической работе в качестве союзников.

Когда у пациентов складывается ясная картинка целей группы и задач, которые необходимо решить, чтобы их достигнуть, они с большей вероятностью будут вовлечены в терапевтическую работу.

Исследования подтверждают, что пациенты испытывают удовлетворение, если чувствуют, что на занятии группы имели дело с важными, существенными проблемами и шли к ясно сформулированным целям [3].

Динамически ориентированных терапевтов не учили директивному подходу и умению ясно выражать вслух цели и процедуры терапии. Их учили наблюдать за реакцией пациента на бесформенность сеанса, изучать свободные ассоциации пациента и упрощать переходы от одной темы к другой так, чтобы они были легкими, «ненапряжными». Однако терапевтам стационарных групп следует научиться вести себя директивно и высказываться определенно. Ориентировка, которую они произносят в первые минуты каждой встречи, должна быть четкой и ясной, а высказывания и поведение — оставаться точными и недвусмысленными в течение всего сеанса.

Ориентировка и подготовка

Первые минуты занятий группы дают терапевту возможность создать должную структуру сеанса. Терапевт обеспечивает официальное начало занятий и задает встрече тон. Это — прекрасный момент для того, чтобы представить, сориентировать и подготовить новых членов группы к групповой терапии. Даже если в группе не появились новички, надо использовать это время для того, чтобы вновь кратко обрисовать цели группы и ход ее занятий. Обеспечение внешней структуры, как я уже подчеркивал, ускоряет обретение внутренней структуры; а начало групповой встречи — самое время для закладки фундамента такой структуры. Если за группой ведется стороннее наблюдение, терапевт

должен обязательно проинформировать об этом пациентов в самом начале занятия.

Типичная ориентировка высокоуровневой группы (см. главу 5) выглядит примерно так. Если на встрече присутствует новичок, можно начать занятие с обращения к нему:

«Джон, я — Ирвин Ялом¹. А это — дневная группа терапии, мы встречаемся ежедневно. Сеансы длятся час и 15 минут, начало встречи — в 2 часа ровно. Мою коллегу-те-

¹ В нашей стране существует множество способов обращения пациентов и терапевта друг к другу. В неформальном климате Калифорнии пациенты и терапевт обычно обращаются друг к другу по имени. В более формальной обстановке к пациентам тоже обращаются по имени, к терапевтам-психологам и психиатрам — используя слово «доктор», а к остальным (медсестрам, социальным работникам, трудотерапевтам и другим терапевтам) — по имени. В очень формальной обстановке к пациентам обращаются «мистер» или «миссис», а к члену персонала — так же или называя его профессиональный титул. Прожив много лет в Калифорнии, я комфортнее всего чувствую себя, обращаясь к пациентам по имени. Попадают некоторые пациенты, которые предпочитают называть меня «доктор Ялом», а бывает, что им даже трудно не делать этого — причины таких затруднений порой полезно исследовать. Какую бы практику ни выбрал групповой терапевт, я бы посоветовал соблюдать последовательность в обращении и равенство между терапевтом и пациентом. Если члены персонала настаивают на произнесении их фамилии, тогда к пациентам также следует обращаться по фамилии. Если кого-то из сотрудников следует называть по имени, тогда и ко всем остальным тоже надо обращаться по имени. Старое иерархическое разделение между «доктором» и подчиненным терапевтом имеет мало смысла в групповой терапевтической ситуации и противоречит тому эгалитарному способу, которым они обращаются друг к другу в группе. Более того, часто случается так, что помощник терапевта (медсестра, социальный работник, трудотерапевт, деятельностный терапевт) является более опытным и умелым групповым терапевтом, чем сам доктор. — *Прим. автора.*

рапевта зовут _____, она будет присутствовать в группе на 4 из 5 встреч в неделю на протяжении следующих 4 недель. На 5-й день ее место будет занимать другая психиатрическая медсестра. Цель нашей группы — помочь ее членам лучше понять свои проблемы и больше узнать о том, как они общаются с другими людьми. Люди приходят в эту больницу с очень разными и значительными проблемами, но есть нечто общее, что объединяет большинство присутствующих здесь, — это недовольство тем, как развиваются важные для их жизни взаимоотношения. Разумеется, существует много иных серьезных проблем, с которыми сталкиваются люди, но над ними лучше работать в некоторых других формах терапии. То, с чем лучше всего справляются группы, — это помощь людям, желающим больше узнать о своих взаимоотношениях с окружающими. Один из способов нашей работы над взаимоотношениями — это сосредоточиться на них в процессе группового сеанса. В особенности это касается тех взаимоотношений, которые могут сложиться между людьми, присутствующими в этой комнате. Чем лучше сложится ваше общение с каждым из присутствующих здесь, тем лучше будет складываться ваше общение с людьми во внешней жизни.

Важно знать, что почти каждый день здесь присутствуют еще люди, которые наблюдают за группой через вот это одностороннее зеркало. (Я указываю на зеркало, а также на микрофон, стараясь как можно точнее сориентировать пациента в его пространственной обстановке.) Обычно наблюдателями бывают студенты-медики или сотрудники стационара. Никому другому не разрешается наблюдать за группой, пока я не выясню, что это за люди.

Мы начинаем наши встречи с круговой переключки, при этом просим каждого сказать что-нибудь о проблемах, с которыми этот человек сталкивается в своей жизни.

ни и которые он хотел бы попытаться проработать в группе. После обмена программами мы переходим к работе и пытаемся проработать как можно больше таких проблем. Когда до конца встречи остается 10 минут, мы прекращаем обсуждение и спрашиваем каждого, каковы его впечатления от встречи и на какие остаточные чувства следует обратить внимание, прежде чем занятия закончатся».

Такое вступление выполняет ряд функций: оно обеспечивает некоторую временную, пространственную и процедурную структуру; оно «ломает лед» в начале встречи; служит формальным стартом сеанса; а также является краткой подготовкой к групповой психотерапии.

Подготовка к групповой терапии

Огромное количество исследовательской литературы указывает: если пациент систематически подготовлен терапевтом к групповой терапии, то курс терапии идет намного легче [4]. (Кстати, подобные свидетельства существуют и в отношении индивидуальной терапии [5].) В долгосрочных амбулаторных группах терапии принято подготавливать пациента к предстоящему опыту групповой терапии на индивидуальных сеансах, предшествующих вхождению пациента в группу [6].

Готовя пациентов к *амбулаторной* групповой терапии, терапевт подробно объясняет, как группа будет работать и что ее члены будут делать, чтобы облегчить и ускорить свою терапию. Он дает краткое описание межличностной теории психотерапии, информируя пациентов о всепроникающей важности межличност-

ных связей и том, как нарушения во взаимоотношениях образуют основу их текущих симптомов.

Терапевт рассказывает пациентам, что процесс осознания их взаимоотношений с другими членами группы позволяет пережить чрезвычайно ценные инсайты относительно собственных моделей неадаптивного общения.

Пациентов предупреждают об определенных камнях преткновения группы: о недоумении, унынии, разочаровании из-за того, что человек не получает столько личного внимания, сколько ему хочется. Обсуждаются неверные представления пациентов о групповой терапии. И, если это осуществимо, терапевт пытается укрепить уверенность пациента в ее возможностях. Терапевт подчеркивает, что групповая терапия обеспечивает прекрасное поле деятельности, позволяющее многое узнать о вашем способе взаимодействия с людьми и о том, как окружающие воспринимают вас, она представляет собой уникальный и чрезвычайно эффективный способ лечения.

В толкучке и неразберихе жизни стационара нет времени на такую роскошь, как долгая подготовка. Терапевты обязаны подготовить пациентов для групповой терапии любым возможным способом за очень небольшое доступное им время. Часто бывает желательно, чтобы ведущий разделил задачу подготовки и ориентирования нового пациента с кем-то из членов группы.

Можно, например, попросить кого-то из ранее поступивших пациентов рассказать новичку о цели и способе работы группы. Затем полезно спросить других пациентов, есть ли что-то, что они хотели бы добавить. И если терапевт после этого ощущает, что какие-то важные моменты

не были упомянуты, тогда он может упомянуть о них сам. Такой подход не только усиливает участие членов группы, но и способствует восприятию занятий как личного дела, а не как навязанного извне.

Пациенты, происходящие из более низких социально-экономических слоев общества и не искушенные в психотерапии, получают особенную пользу от интенсивной подготовки. Один исследователь систематически готовил таких пациентов, госпитализированных в кризисное психиатрическое отделение, и сравнивал степень их прогресса в терапии с аналогичными пациентами, не получавшими систематической подготовки [7]. Результаты первых пяти групповых сеансов продемонстрировали, что подготовленные пациенты работали гораздо более эффективно. Они вызывались быть добровольцами, более свободно и часто вступали в общение, охотнее занимались самоизучением, были инициаторами большего количества дискуссий в группе.

В другом исследовании пациентов зачисляли на первые 4 дня госпитализации в специальную группу предварительной подготовки к групповой терапии [8]. Это действительно помогало новичкам быстрее интегрироваться в группу и лучше продвигаться в своей терапии. К сожалению, краткость пребывания в большинстве кризисных стационаров не позволяет организовать такие подготовительные группы повсеместно, так что подготовку приходится выполнять в начальной фазе группового сеанса, а не в специальной группе.

Одна из важных функций подготовки — нивелировать различия в ожиданиях терапевта и пациентов.

Исследование ожиданий пациентов и персонала в одном стационаре продемонстрировало, что пациенты надеялись на одобрительное отношение персонала к тому, что они ищут совета, а персонал надеялся на бóльшую инициативность со стороны пациентов [9]. Такое расхождение между ожиданиями неизменно порождает недопонимание и тормозит формирование терапевтического альянса. В краткосрочной терапии совершенно необходимо, чтобы пациенты получали полностью прозрачные процедурные указания.

Четкая и ясная подготовка к работе группы, помимо прочего, уменьшает возбуждение пациентов и делает возможным их участие в группе без травмирующей психику тревожности. Конечно, пациенты все равно будут нервничать в группе терапии. Личности, всю жизнь страдающие от неумения строить межличностные взаимоотношения, непременно испытают стресс на сеансе терапии, который побуждает их совершенно откровенно обсуждать свои взаимоотношения с другими людьми.

Многие считают, что определенная степень взволнованности необходима для терапевтического роста, она повышает бдительность и мотивацию к работе в группе. Но чрезмерное волнение тормозит работу группы вплоть до остановки. Первичная тревога, берущая начало в психологической неустроенности пациента, — неизбежный аккомпанемент групповой работы. И терапевт мало что может сделать, чтобы смягчить ее в начальной стадии работы. Зато он в силах предотвратить вторичную тревогу, связанную с тем, что пациент оказывается втянутым в двусмысленную терапевтическую ситуацию. Многие исследования показывают, что туманные групповые цели, неясные ме-

тоды достижения этих целей и неопределенность ожидаемого ролевого поведения усиливают тревожность членов группы, провоцируя разочарование и отсутствие вовлеченности в ее работу [10].

Последовательная, когерентная групповая процедура

Ясность и структура настолько важны, что многие клиницисты предпочитают в высшей степени структурированные группы с четкой программой. В одной клинике была установлена процедура последовательного прохождения пациента через ряд «шаговых групп», каждая из которых была нацелена на обучение какому-либо специфическому виду поведенческих навыков [11]. Например, самая элементарная группа делает акцент на хорошем зрительном контакте, на умении слушать и понимать других и так далее. На следующей ступени пациенты учатся задавать однозначные вопросы, превращать вопросы в утверждения, выражать чувства. Третья ступень учит тому, как обмениваться между собой обратной связью и самораскрываться. Клиницисты, использующие такие программы, заявляют, что они гораздо более эффективны, чем неструктурированные группы [12].

Я полагаю, что сильно структурированный подход особенно показан для групп, состоящих из сравнительно плохо функционирующих пациентов. В главе 6 я в подробностях опишу структурную модель такой группы.

Однако следует постоянно учитывать, что ключевым является сам *процесс* обеспечения структуры, а не ее *содержание*. Один интересный проект подтверждает эту точку зрения [13].

Исследователи распределяли пациентов в группы трех типов: (1) группы с тщательно проработанной программой, ориентированные на разрешение проблем; (2) группы, где просто вместе читали комедии, а в конце каждого сеанса отводили 15 минут на обсуждение пьес; (3) пациенты контрольной выборки не посещали в отделении никаких групповых занятий.

Сторонники бихевиоризма были весьма заинтересованы в демонстрации превосходства хорошо запрограммированной, созданной для небольшого стационара группы разрешения проблем. Однако эти исследователи обнаружили, что группа, где читали пьесы, в большинстве важных вопросов оказывала пациентам такую же значительную помощь, как и проблемная группа. Пациенты из контрольной выборки, не проходившие групповой терапии, обнаружили существенно меньшие улучшения, чем две другие группы.

Это исследование показало, что не столь важно, какое совместное дело выполняют пациенты, а значим тот факт, что оно в принципе задано — то есть присутствует некая структура и пациенты не оказываются втянутыми в расплывчатую ситуацию, усиливающую тревожность.

Для терапевта структура не менее важна, чем для пациентов. Руководство группой — занятие, провоцирующее тревожность. Терапевт не застрахован от сильных и зачастую примитивных эмоций. Множество пациентов претендует на исключительное внимание ведущего, и он неизбежно будет разочаровывать и расстраивать некоторых из них, а те в ответ будут раздражаться. Особенно сильно провоцирует тревожность групповая терапия психотических пациентов. Это работа медленная, часто неблагодарная и заводящая в тупик. Более того, групповые терапевты находятся в

уязвимом положении. Для них не существует никаких тайных сеансов терапии за закрытыми дверями: для огромного числа людей их работа — как на ладони.

Одно из прославленных определений психотерапии приписывают Гарри Стэку Салливану: «Это ситуация, в которой встречаются два человека, один из которых чуть менее тревожный, чем другой».

Терапевт, павший жертвой столь многих источников беспокойства, может нарушить закон Салливана: стать более тревожным, чем его пациент, и — по определению — утратить терапевтическую эффективность.

Неопределенность — фактор, провоцирующий тревогу как у терапевта, так и у пациента, и главная защита терапевта от сей напасти — чувство структуры, обеспечиваемое терапевтической моделью. Причем здесь важнее не содержание модели, а само ее наличие. Создавая когнитивную структуру, которая позволяет обустроить все несовершенные события терапии, терапевт испытывает чувство внутреннего порядка и владения ситуацией. Это чувство, если оно глубокое, автоматически передается пациентам и порождает в них соответствующее ощущение ясности и владения ситуацией. Исследования показывают, что удовлетворенность пациента сеансом групповой терапии значимо и позитивно коррелирует с оценкой самим терапевтом личного удовлетворения от того же занятия, степени интереса и понимания [14].

Наиболее мощный метод обеспечения структуры — выстроить внутренне цельную, ясную последовательность проведения встречи группы терапии. Хотя группам в зависимости от их состава (уровневые или ко-

мандные) соответствует разная последовательность действий, обычно сеанс терапии стационарных групп имеет естественные «демаркационные линии».

- 1. Первые несколько минут.** Я уже описывал этот момент встречи группы: терапевт открывает встречу, представляет и ориентирует новых пациентов и кратко подготавливает их для групповой терапии.
- 2. Определение задачи.** На этой стадии терапевты пытаются утвердить наиболее выгодные направления работы группы на данном сеансе. Зачастую неразумно застревать на первой же теме, спонтанно возникшей во время сеанса. Поступая таким образом, терапевты могут упустить из виду другие, возможно – более важные и продуктивные темы. Руководители вольны обозначить задачу встречи разными способами. Можно просто выслушать несколько комментариев, сделанных пациентами. Можно предложить систематическое высказывание «вкруговую»: каждого пациента просят высказаться о том, что он хотел бы изучить, проработать или испытать в ходе этой встречи. Как только терапевт почувствует, что у него уже есть некое основательное общее представление, он может переходить к следующей стадии занятия группы.
- 3. Выполнение задачи.** Эта фаза поглощает значительную часть группового времени. Получив широкий обзор значимых тем, волнующих пациентов, терапевт пытается поднять эти темы и вовлечь в дискуссию максимальное число участников.

- 4. Завершение встречи.** В последние несколько минут терапевт говорит, что рабочая фаза занятия закончена и что следует кратко обсудить все произошедшее. Здесь возможны несколько вариантов действий. Терапевт может осведомиться у каждого из пациентов о степени их удовлетворенности сеансом. Желательно добиться каких-нибудь комментариев от пассивных пациентов, чтобы выяснить, каковы их впечатления от встречи. Или можно, например, заняться «острыми углами» данной сессии — то есть незавершенными делами или оскорбленными чувствами, которые требуют внимания до того, как пациенты покинут помещение. Наконец, стоит сделать краткий обзор или резюме проделанной на этом занятии работы.

Недостатки структуры

Есть ли какие-то минусы в обеспечении структуры? Разумеется, есть! Установление чересчур жесткой структуры столь же вредоносно, как и ее отсутствие. Хотя пациенты желают и требуют значительного структурирования со стороны терапевта, чрезмерное структурирование может замедлить их личностный рост. Если руководитель решает за пациентов все, они будут слишком мало делать сами. Так, на ранних стадиях терапии структура помогает успокоиться напуганным и растерянным пациентам; но в долгосрочной перспективе неизменная и негибкая структура способствует инфантильности пациента и отсрочивает его приход к самостоятельности.

Эмпирические исследования предоставляют убедительные, фундаментальные свидетельства этого парадокса.

В 1972 г. я и мои коллеги изучали воздействие поведения ведущего на результаты членов группы. Исследование проводилось на базе большого количества «групп встреч» [15]. (Субъектами исследования здесь были не госпитализированные пациенты, а хорошо функционировавшие молодые люди. Тем не менее, эта групповая динамика в значительной степени может быть экстраполирована на любую группу.)

Степень структурированности встреч группы оценивали по числу структурированных упражнений, используемых на занятиях. Затем подсчитывали корреляцию между выраженностью структуры и результатами членов групп. Особенно значимы две находки этого проекта. Результаты показали, что имеется позитивная корреляция между выраженностью структуры, обеспеченной терапевтом, и тем, насколько компетентным считали его участники группы сразу по окончании группового опыта.

Другими словами, в момент расставания оказывалось, что чем больше структуры обеспечивал руководитель группы, тем более компетентным его считали. Однако второй этап исследования продемонстрировал *обратную* корреляцию между степенью структурированности и абсолютными результатами членов группы в целом через полгода после окончания занятий. Оказалось, что чем *больше* структуры навязывал терапевт, тем *меньший* положительный рост наблюдали у членов группы 6 месяцев спустя после окончания занятий. Эти два открытия предполагают, что *хотя участники группы обычно довольны руководителем, который обеспечивает достаточно жесткую структуру, они с меньшей вероятностью демонстрируют значимый рост, когда работают с таким руководителем.*

Другой главной находкой этого исследования был вывод, сделанный по результатам интенсивного изучения поведения руководителя группы наблюдателями проекта.

Поведение оценивали по двум параметрам: (1) *общая активность* — количество произнесенных слов, частота вмешательств в работу группы и (2) *исполнительная, административная активность* — обращение со временем, обеспечение структуры, установление границ и так далее.

Выяснилось, что каждый из этих двух видов структурирующего поведения *криволинейно* связан с общим положительным результатом, как в конце занятий группы, так и по прошествии 6-месячного периода. Причем и чрезмерная, и слабая активность или административная деятельность руководителя — пагубно воздействуют на рост. *Преобладает закон «золотой середины»*. Недостаток структурирующего поведения приводит к бесцельности, блужданию группы; его излишек ограничивает рост участников группы.

Таким образом, ведущие групп сталкиваются с дилеммой. С одной стороны, они обязаны обеспечить структуру; но притом не слишком жесткую, дабы пациенты смогли научиться использовать свои собственные ресурсы.

Основополагающая задача терапевта — *усилить преимущества* структурирования группы и *минимизировать недостатки*. Для этой дилеммы есть решение — общий принцип, к которому я буду неоднократно возвращаться на протяжении этой книги: *руководитель должен структурировать группу таким образом, чтобы облегчить автономное функционирование каждого пациента.*

Поддержка

Кратковременная госпитализация эффективна только в том случае, если она сочетается с эффективной пост-госпитальной терапией. Одна из главных целей стационарной группы терапии – посеять у пациентов желание продолжить терапию после того, как они покинут клинику. На самом деле, если даже группа терапии не достигнет ничего, кроме этого, можно считать, что она своей цели добилась.

Категорически необходимо, чтобы пациенты воспринимали группу терапии как позитивное, поддерживающее переживание, опыт, который они захотят продолжить в будущем.

Терапевт призван создать в группе атмосферу, воспринимаемую как конструктивная, теплая и поддерживающая. Пациенты в группе должны чувствовать себя в безопасности. Они должны научиться доверять группе, воспринимать группу как место, где их выслушают, примут и поймут.

Стационарная группа терапии – не место для конфронтации, критики или выражения и исследования гнева. Большинство клиницистов сходятся на том, что, если группа терапии хочет добиться своих целей, этих чувств следует избегать [16]. В группе непременно окажутся пациенты, которым придется до известной степени противостоять. Например, социопаты или склонные к манипулированию личности далеко не всегда получают пользу от поддерживающего и сочувствующего терапевтического подхода. Но ради ощущения безопасности группы терапевт может «обходить» этих пациентов.

Широкий спектр исследований убедительно показывает, что позитивный результат и индивидуальной, и групповой терапии находится в прямой зависимости от поддерживающих и сочувственных отношений пациентов с терапевтом [17].

Для примера рассмотрим обширный проект, где изучали различные типы лидерства в «группах встреч» и соотносили поведение руководителя и результаты участников групп [18]. Помимо вышеупомянутой криволинейной связи между активностью и директивностью ведущего была отмечена другая закономерность. Речь идет об очень показательной *позитивной линейной корреляции* между поддержкой со стороны руководителя и результатами членов групп: чем больше поддержки оказывал руководитель, тем лучше были результаты.

О важности положительных, характеризующихся принятием и отсутствием осуждения отношений между терапевтом и пациентом говорят не только значительные эмпирические свидетельства. Существуют также многочисленные ретроспективные оценки психотерапии. И пациенты обычно подчеркивают важность того, что терапевт проявляет к ним симпатию, ценит их, замечает и усиливает их положительные характеристики.

Много лет назад у меня происходил необычный терапевтический контакт с пациенткой. По определенным причинам (несущественным для данной темы) она согласилась писать обзорные резюме о том, какие у нее оставались впечатления и как она ощущала себя во время каждого терапевтического сеанса. Она сдавала мне свои записи в запечатанном конверте в конце недели. Я делал то же самое — писал еженедельные обзоры. (Несколько лет

спустя мы с этой пациенткой совместно опубликовали свои резюме в книге под названием «Каждый день мы становимся ближе: дважды рассказанная история терапии» [19].) Было крайне познавательно сравнить мои взгляды на то, что было полезным в ходе терапии, со взглядами пациентки. Где мои тщательно продуманные элегантные формулировки и интерпретации? Пациентка их даже не слышала! Она запоминала и более всего ценила в наших терапевтических сеансах мимолетные (почти не замеченные мною) личные, теплые, поддерживающие реплики в ее адрес по поводу того, как хорошо она выглядела или успешно справлялась с конкретной ситуацией, высказывания о жизнелюбии или спонтанности, которые она демонстрировала на каком-то сеансе.

Персональный терапевтический опыт — фундаментальная составляющая в образовании всякого профессионального психотерапевта. Я подозреваю, что, если любой из читателей этой книги задумается о своей собственной терапии, он оценит определяющую важность принятия и поддержки со стороны терапевта. Действительно: что я лучше всего помню и больше всего ценю из моего опыта прохождения терапии, полученного десятилетие назад, — это теплые, неравнодушные, одобрительные замечания, которые делал в мой адрес терапевт.

В терапевтической групповой ситуации личная поддержка со стороны ведущего принимает еще одно дополнительное измерение. Терапевт не только лично взаимодействует с каждым из членов группы, но и сами его поступки способствуют формированию норм (кодекса неписаных правил), которые влияют на поведение членов группы. Терапевты создают нормы множественностью способов: они открыто устанавливают опре-

деленные правила, они поддерживают одни типы поведения в группе и не одобряют другие (либо открыто выражая несогласие, либо в скрытой форме — игнорируя определенные типы комментариев).

Один из наиболее важных способов установления норм в группе — собственное поведение ведущего, с которого пациенты берут пример и «лепят себя».

Несмотря на огромную значимость роли «поддержки» в конечном результате психотерапии, ей уделяют сравнительно мало внимания в формировании концептуальных представлений и в тренинговых программах при обучении. Поддержку часто воспринимают как нечто само собой разумеющееся, полагают, что психотерапевты, «естественно», будут поддерживать своих пациентов. Многие терапевты считают, что поддержка — эквивалент комплиментам и что такие простые действия едва ли требуют детального обсуждения на тренингах по терапии. Моя цель — продемонстрировать на последующих страницах, что обеспечение поддержки (и создание поддерживающей групповой атмосферы) не является элементарным, автоматическим процессом: как и любое другое действие в психотерапии, поддержка требует внимания, чувствительности и правильного ощущения времени.

Достаточно всего лишь попытаться сформулировать определение или внятное описание «поддержки» со стороны терапевта, чтобы осознать ее многоликую природу.

- Терапевт поддерживает пациента, выражая — вербально либо невербально — личное принятие, оценку или симпатию к пациенту.

- Терапевт поддерживает пациента, относясь к нему с уважением и достоинством. Он оказывает поддержку, идентифицируя и усиливая сильные стороны и положительные качества пациента.
- Терапевт оказывает поддержку, удерживаясь от посягательств на защиту пациента, наоборот — подкрепляя ее и побуждая пациентов использовать такую защиту, которая хотя бы чуть-чуть более эффективна, чем та, которую они в настоящее время используют [20].
- Терапевт оказывает поддержку, поощряя такое поведение, которое приведет к более высокой оценке пациента окружающими (и наоборот, не поощряет поведение, которое приведет к отсутствию поддержки или отвержению с их стороны).
- Терапевт оказывает поддержку, как можно более глубоко сочувствуя пациенту. Принимая и разделяя с пациентом его внутренний мир, дает пациенту возможность чувствовать себя менее одиноким и ощущать, что его понимают.

Сам этот процесс — когда тебя глубоко понимает другой человек — транслирует также информацию о том, что терапевт ценит пациента достаточно для того, чтобы захотеть войти в его мир и понять тонкие нюансы его переживаний.

Поддержка — это вовсе не то, что терапевты «естественно» предлагают своим пациентам. Между прочим, многие интенсивные тренинговые программы по психотерапии ненамеренно приглушают естественную склонность терапевта к поддержке пациента.

Терапевты становятся профессиональными «ищей-

ками патологии» — экспертами в определении слабых мест. В своей крайней форме эта тенденция приводит к тому, что терапевт рассматривает с подозрением все положительные качества: доброта, щедрость, старательность, моральная ответственность — ко всему этому можно подойти со сниженной оценкой и интерпретировать как психопатологию. Более того, терапевты становятся столь чувствительны к вопросам переноса и контрпереноса, что сами себя удерживают от человеческого в своей основе, поддерживающего поведения при общении со своими пациентами.

Я навсегда запомнил яростную дискуссию, свидетелем которой оказался 20 лет назад на аналитической конференции. Обсуждали уместность поведения одного терапевта, который помогал своей пациентке (пожилой женщине) надевать и снимать пальто!

Поэтому, чтобы научиться оказывать поддержку в стационарной группе терапии, часто требуется до определенной степени «разучиться» вставить в профессионально заученные позы по отношению к пациентам — позы, которые препятствуют естественной человеческой склонности терапевта поддержать другого человека.

Признавайте вклад пациента

Хороший пример обеспечения поддержки проявился на встрече, где впервые присутствовала пограничная пациентка с острым синдромом.

Лорна начала встречу с рассказа о своем всепроникающем чувстве ирреальности. Пациентка говорила, что не понимает, кто она такая, где начинается она сама и где заканчиваются другие люди; стоило ей услышать, как кто-

то что-то сказал, она немедленно принимала чувства другого человека за свои собственные и не испытывала совершенно никакого доверия к истинности своих личных ощущений.

Терапевт с самого начала встречи поощрял Лорну к тестированию реальности, помогая ей понять, что она *действительно ощущает* определенные чувства.

Например, Лорна заметила, что ее беспокоят микрофоны, находящиеся в комнате: ей показалось, что она слышит гул (за односторонним зеркалом в соседней комнате сидели наблюдатели). Как только Лорна об этом сказала, другие члены группы стали говорить, что тоже слышат этот гул. Шум был вызван эффектом электронной обратной связи, который наблюдатели откорректировали, уменьшив громкость микрофона.

Терапевт вмешался в разговор, указав, что именно Лорна первой услышала шум, что именно ей он не понравился и что именно она начала против него возражать. Ее высказывание получило объективную поддержку и подтверждение со стороны других членов группы, которым понравилось, что Лорна подняла этот вопрос; и, более того, ее высказывание было эффективным и привело к исправлению ситуации.

Позже во время занятий Лорна в качестве обратной связи высказала свое мнение о Бобе, одном из членов группы, который был очень зажат и в результате тормозил процесс своей терапии. Она заявила, что Боб поначалу показался ей очень маленьким, и она удивилась, увидев, какой он в действительности высокий, когда он встал с места.

Замечание Лорны буквально открыло Бобу глаза, и после этого он начал говорить о том, как он не хотел быть большим взрослым человеком, как он внутренне ощущал себя маленьким и хрупким, и в особенности ему хотелось, чтобы женщины воспринимали его именно так. Вскоре и другие члены группы заговорили о своих наблюдениях по поводу осанки Боба, его манеры держаться и поведения в целом — эти наблюдения были для Боба чрезвычайно познавательны.

В один из моментов встречи создательное впечатление, что группа забуксовала в работе, не в силах понять некоторые сложности в общении между двумя пациентами.

Лорна выступила с замечанием о том, что ей казалось «неправомерным» говорить о «вибрациях», которые она почувствовала между двумя этими людьми. Сама не зная почему, она чувствовала себя нарушительницей, будто она не имеет права ни о чем их спрашивать.

Ее комментарии «прорвали плотину», и другие пациенты стали выражать сходные чувства. Вскоре уже и двое пациентов, ставших предметом дискуссии, заговорили о том, что между ними возник «небольшой романчик» и что эти романтические отношения создавали им большие сложности при совместном пребывании в группе.

К концу этого же сеанса Лорна заговорила о том, что ей кажется, будто пациенты все время исподтишка поглядывают на терапевта, и у нее возникло ощущение, что каждый в группе требовал его внимания.

Это замечание вовлекло остальных членов группы в весьма конструктивное обсуждение желания понравиться терапевту.

Терапевт поддержал Лорну, подчеркнув тот вклад, который она внесла в работу группы. Он прямо заявил о том, какое впечатление произвела на него ее чувствительность, ее способность впервые прийти в группу – и безошибочно ткнуть пальцем в столь многие важные вопросы, которые препятствовали работе группы в течение нескольких предшествовавших встреч.

Знала ли сама она об этой своей способности? – спросил он. Осознавала ли свои выдающиеся межличностные навыки и умение помочь людям расти и понимать себя? Помимо оказанной поддержки, терапевт помог этой пациентке вновь установить границы своего эго, подчеркивая, что именно *она*, Лорна, обладала такой выдающейся чувствительностью и оказала такую значительную помощь другим.

Эта встреча сыграла большую роль в быстром восстановлении Лорны. Она начала утверждать в себе чувство самоценности и самоидентичности.

Воспринимайте пациента всерьез

Еще один пример поддержки касается пациента, которого я назову Чарльзом. Чарльз испытывал большие трудности в общении с терапевтом; в то же время он много общался один на один с другими пациентами и втихую проводил подрывную деятельность среди терапевтического персонала.

Терапевт знал, что у Чарльза за плечами долгая история конфликтных отношений с авторитетными фигурами, начиная с отца – сильной личности, который, по мнению Чарльза, часто унижал его. В группе Чарльзу казалось, что терапевт пренебрегает им и не воспринимает его всерьез.

Например, Чарльз обвинял терапевта в том, что он никогда не выслушивает его наблюдения или предложения относительно других пациентов в группе (в особенности пациенток) — или не относится к ним с должным уважением. Когда же терапевт сообщал о собственных наблюдениях, и тем более — если остальные члены группы находили эти наблюдения полезными, Чарльз ощущал это как свое поражение и впадал в гнев.

Одним из возможных способов реакции на Чарльза было бы интерпретировать его поведение (то есть стремление к соревнованию с терапевтом за внимание женщин, присутствовавших в группе) как механизм компенсации, призванный уравновесить чувство несостоятельности, появлявшееся у него при столкновении с терапевтом один на один. Хотя множество клинических данных указывало именно на такую интерпретацию, она была бы антитерапевтической. Вместо того чтобы интерпретировать поведение Чарльза, терапевт стал оказывать ему бóльшую помощь, поддерживая его попытки отыскать новые способы реагирования на старших мужчин, занимающих авторитетное положение. Разумеется, со стороны Чарльза это был вполне здоровый адаптивный шаг — открыто критиковать терапевта и пытаться соперничать с ним. Терапевт подчеркнул значимость комментариев Чарльза и показал, что он относится к ним всерьез. А если бы он предложил Чарльзу вышеупомянутую интерпретацию, он нанес бы пациенту сокрушительное поражение.

Задачей терапевта было прислушиваться к комментариям Чарльза, признавать те из них, которые были точны, и открыто реагировать на них в группе.

Например, терапевт вслух размышлял о том, что он (терапевт) действительно мог настолько увлечься своими собственными идеями и наблюдениями, что не слишком высоко оценивал некоторые реплики Чарльза или других членов группы. Он подтвердил высказывания Чарльза и заметил, что у терапевтов тоже есть свои «слепые пятна», которые остались бы незамеченными, если бы другие, подобно Чарльзу, не пожелали говорить об этом. Терапевт несколько раз подчеркивал, что мнение Чарльза для него много значит, и просил его — так же, как и остальных участников группы, — на последующих встречах обеспечивать обратную связь, в особенности относительно его замечаний, которые могли восприниматься как неуважительные или невнимательные.

В то же время терапевт стал более открыто говорить о некоторых своих проблемах. Например, на одной встрече, когда Чарльз пожаловался, что ему не уделили достаточно времени, терапевт заговорил о трудном выборе, с которым он столкнулся во время сеанса. Хотя он понимал, что Чарльз испытывает значительные внутренние трудности и при этом хорошо работает в группе, его, терапевта, сильно беспокоило состояние трех молчаливых пациентов, которые в тот день были глубоко расстроены, но не нашли в себе сил попросить группу уделить им время.

Препятствуйте заведомо «провальному» поведению

Иногда поиск способа помочь каждому пациенту почувствовать себя ценным и поддерживаемым группой оказывается нелегким терапевтическим испытанием. Нередко пациенты подают себя в настолько неприят-

ной манере, что реакция группы неизбежно бывает критической — так что эти пациенты ощущают себя еще более отвергнутыми и ошестиваются в ответ. Когда терапевт замечает подобную ситуацию, важно быстро вмешаться, прежде чем враждебность по отношению к такому пациенту не начала «зашкаливать».

Например, одна пожилая пациентка, Марта, в течение нескольких дней раздражала своим поведением других пациентов. Она все время жаловалась на боли в ноге, непрерывно всхлипывала и была настолько назойлива, что члены группы уже открыто говорили в ее адрес: «заезженная пластинка». Любые попытки группы общаться с ней и разбираться с ее поведением на более непосредственном и когнитивном уровне оказывались безуспешными.

Терапевт спрашивал Марту, что означает для нее такая обратная реакция окружающих? Случалось ли ей прежде слышать такие замечания? Каково это — когда о тебе говорят как о заезженной пластинке? Все расспросы только усугубляли ее проблемное поведение, что приводило к дальнейшему отвержению со стороны группы — образовался замкнутый круг, который никоим образом не мог быть полезен ни Марте, ни группе.

Затем терапевт попробовал другой подход, который принес гораздо больше пользы. Он постарался помочь Марте вести себя таким образом, чтобы это позволило группе оценить ее достоинства. Марта имела квалификацию консультанта по вопросам брака и, хотя она не могла адекватно оценить собственное поведение, была весьма чувствительна по отношению к поведению других. Поэтому терапевт постарался «перенаправить» ее, спросив, не могла бы она поделиться с группой своими впечатлениями о том, какие лич-

ные трудности и боль испытывали другие члены группы. Марта, хотя и не особенно охотно, выбрала нескольких пациентов и описала — с удивительной точностью — свое восприятие их основных жизненных проблем.

Один подросток, страдавший шизофренией и находившийся в довольно тяжелом состоянии, был особенно впечатлен глубиной понимания со стороны Марты. Позже на этом же сеансе, когда он говорил о чувстве изоляции, терапевт попросил его оглядеть группу и выбрать кого-нибудь, с кем, по ощущениям подростка, он мог бы сблизиться и таким образом нарушить свою изоляцию. Тот выбрал Марту, которая в ответ прошла через всю комнату, села рядом с ним и держала его за руку до конца встречи. Это событие стало поворотной точкой сеанса, поскольку Марта не только проявила известную живость и перестала говорить о боли в ноге, но и сумела остаться в группе до конца встречи (чего она никогда прежде не делала из-за своих болезненных ощущений).

Все понять — значит все простить

Часто группа способна принять даже самое раздражающее поведение одного из своих членов, если терапевту удастся создать когнитивную модель, которая позволит участникам группы взглянуть на неприятное поведение пациента с иной точки зрения.

Например, Мейбл, 62-летняя пациентка, перенесла несколько хирургических операций на руках и бесконечно говорила об этом. Было невероятно трудно отвлечь ее от соматической озабоченности. Когда терапевт втянул Мейбл в разговор о ее жизненной ситуации, выяснилось: она считала, что всю жизнь отдала своим детям и ничего

не получила взамен. С подачи терапевта она также призналась в том, что ее преследует ощущение собственной недостойности и уверенность, что она как личность ниже остальных членов группы и других пациентов отделения.

Терапевт высказался в том смысле, что у него возникло отчетливое ощущение: когда Мейбл говорит о своих руках, на самом деле она хочет сказать нечто иное. «У меня тоже есть свои потребности, но мне трудно просить, чтобы их удовлетворили. Поэтому, когда я говорю о своих руках, на самом деле я говорю — уделите мне немножко внимания!» После двух или трех таких интерпретаций Мейбл нехотя согласилась с формулировкой терапевта, а также с его предложением, что отныне, как только она заговорит о своих руках в присутствии группы, он немедленно переведет ее слова на реальный, межличностный язык: «Уделите мне больше внимания». Этот сценарий оказался удачным и помог Мейбл интегрироваться в группу — весьма сложная задача, когда речь идет о заикленном на соматике пациенте.

Поддержите «монополиста»

Монополизация внимания вредна как для группы, так и для «монополиста». Время группы используется непродуктивно, и монополизирующий внимание пациент в конечном счете тоже страдает из-за того, что у остальных членов группы развивается по отношению к нему чувство неприятия — которое, в свою очередь, усиливает его чувство недостойности и ненависти к себе.

Если в группе нет особенно инициативных пациентов, она может некоторое время не вступать с «моно-

полистом» в открытое противостояние. Часто члены группы не выражают желания прервать или заставить замолчать «монополиста», потому что боятся таким образом принять на себя обязательство «заполнить тишину». Это очевидная реакция типа «ладно-ладно, ты говори, а я помолчу». В напряженной, подконтрольной обстановке людей не так-то легко разговорить.

Вместо этого группа часто потихоньку «дымится» или предпринимает косвенные враждебные действия. Обычно окольные нападки на «монополиста» лишь усугубляют проблему и создают замкнутый круг. Компulsive речь такого пациента — это попытка справиться с тревожностью. А поскольку он чувствует раздражение группы, эта тревожность возрастает — и, соответственно, усиливается тенденция к compulsive речи.

Одна из базовых особенностей общения с пациентом-«монополистом» — его словесный поток обычно не приводит окружающих к более близкому знакомству с этим пациентом, но, наоборот, выстраивает барьер между ними, препятствуя пониманию.

Первичная задача терапевта не в том, чтобы заставить монополиста замолчать. Наоборот, надо слушать не меньше, а больше, но на более личностном уровне.

Не давать ему прикрываться словами, которые действуют как дымовая завеса и не позволяют пациенту быть воспринятым и понятым другими. Любой терапевт, в зависимости от его личного стиля, может передать это сообщение пациенту разными путями. Притом пациент, который чувствует, что терапевт заинтересован в нем и в личностном сближении с ним, ощущает поддержку, а не считает, что на него нападают.

Поощряйте позитивное поведение

Важно помочь пациенту продемонстрировать больше своих позитивных качеств, чтобы его поддержал не только терапевт, но и остальные члены группы.

Например, Роберт, сексуально озабоченный молодой человек, постоянно говорил в группе о том, как он хочет секса с женщинами. Несмотря на привлекательную внешность, Роберт, подавая себя таким образом, настолько отталкивал женщин, что к 27 годам у него ни разу не было сексуальных взаимоотношений. Женщины группы сообщили ему о своей негативной реакции на его грубые сексуальные «подъезды» и неспособность выразить хоть какой-то интерес к тем сторонам их личности, которые не касались секса. Роберт отреагировал на эту обратную связь заведомо провальным способом: он немедленно пустился в рассказ о своих многочисленных obsссиях, связанных с посещением ванной комнаты. В необыкновенно ярких подробностях он описал свои экстравагантные привычки, связанные с отпращиванием естественных нужд, — и тем, разумеется, еще больше отпугнул женщин из группы.

Терапевт группы был поражен тем фактом, что Роберт неизменно подавал себя в наихудшем возможном свете. Единственной очевидной тактикой было бы предложить такую интерпретацию его поведения. Роберт настолько боится сексуальности, что, создавая столь отталкивающий образ, гарантированно лишает себя возможности сексуальных отношений. Однако некоторые предшествующие ситуации говорили, что интерпретационный подход в отношении Роберта не работает. Вместо этого терапевт нашел способ оказать ему прямую поддержку. Он заметил вслух, что Ро-

берт редко говорит о тех своих сторонах, которыми по-настоящему гордится. Что же в себе он действительно ценит? Тогда Роберт заговорил о своей любви к музыке. Он совершенно ошеломил остальных членов группы, рассказав им, что он – профессиональный музыкант, концертирующий скрипач. С этого момента они стали смотреть на Роберта совершенно по-другому, и терапевт закрепил этот процесс, предложив, чтобы Роберт принес в клинику свою скрипку и как-нибудь вечером устроил концерт для пациентов.

Нередко единственным способом войти в контакт с замкнутым пациентом-шизофреником бывает сосредоточение на его сильных сторонах. Можно сколько угодно предаваться комментариям или анализу причин, побуждающих человека «держаться дверь на замке» – и не добиться появления хотя бы маленькой щелчки.

Например, на одном из сеансов Том, молодой человек с тяжелой формой шизофрении, выделялся совершенно каменным выражением лица и «деревянными» жестами. Члены группы (и на этом сеансе, и на предыдущих) делали замечания по поводу его неприступного вида. Они обеспечили ему значительную обратную связь, рассказав, что невозможно понять, то ли Том сердит, то ли рад их видеть.

На том же сеансе присутствовала молодая женщина, Люэлла, которая во многих отношениях была похожа на Тома. Она тоже была очень зажатой, а лицо ее напоминало непроницаемую маску. Во время сеанса она рассказывала о своей работе в модельном бизнесе и о том, что ее всегда учили «ставить» внешность.

Том, казалось, очень заинтересовался ее рассказом, и терапевт спросил его, не видит ли он некоторого сходства между собой и Люэллой. Том заговорил о собственном перфекционизме, который мешал его работе (он был про-

фессиональным художником). Впервые за все время госпитализации Том стал рассказывать о том, чем он занимается, и открыто отвечал на вопросы, которые члены группы задавали ему по поводу живописи. Его застывшая маска растаяла; он раскрылся и впоследствии рассказал о некоторых других своих интересах.

В конце сеанса терапевт отметил, как ему понравилась проделанная Томом во время встречи работа, насколько ближе он почувствовал себя к Тому и насколько лучше узнал его. Остальные члены группы реагировали похожим образом. Люэлла вспыхнула до корней волос и рискнула сказать, что находит Тома очень привлекательным. Она также добавила, что никогда прежде не говорила мужчине ничего подобного, а Том ответил, что ему ни разу не приходилось слышать таких слов от женщины. Они оба получили значительную поддержку со стороны терапевта и других членов группы за то, что отважились пойти на риск и раскрыться в ходе этого сеанса.

Подмечайте и подчеркивайте ценность пациента для других

Терапевты должны научиться быть столь же чувствительными в определении позитивных сторон личности, как и в определении патологии. И уметь вовремя указывать на позитив.

Например, 50-летняя пациентка по имени Соня, страдавшая рассеянным склерозом, пребывала в глубокой депрессии. Она подолгу говорила на групповых занятиях о своей болезни и о том, как этот физический недостаток лишил ее любых осмысленных занятий в жизни. Она ощущала

себя бесполезной, поскольку не могла больше помогать своему мужу или сыну. Вся ее жизнь была настолько «завязана» на этом обслуживании, что теперь ей казалось бессмысленным продолжать жить.

Терапевт и группа оказали ей огромную поддержку, подчеркивая, насколько она важный и полезный член группы. Несколько человек еще раньше с благодарностью говорили о том, каким значительным человеком она успела стать для них всего за несколько дней. Терапевт помог Соне осознать, что она вовсе не обязана *делать что-то*, чтобы оправдать свое существование. Ее присутствие, ее умение выслушать, ее поддержка были сами по себе важны для пациентов отделения — как, несомненно, и для ее домашних.

Не оказывайте поддержку одному пациенту за счет другого

Когда один пациент хорошо справляется с работой и получает поддержку от группы, позаботьтесь о том, чтобы это не происходило за счет другого пациента.

Иллюстрацией послужит следующий случай. Линда начала сеанс с того, что рассказала, как трудно ей общаться с людьми. Один из ее обычных шаблонов поведения состоял в том, что она — часто необъяснимо — впадала в раздражение и отпугивала от себя окружающих. Позже во время той же встречи другой пациент, Рон, сказал, что ощущает дискомфорт, представляя себе возможную обратную реакцию группы. Терапевт поинтересовался, чего он боится. Рон ответил: того, что, сказав «а», они скажут и «б». «Чего же именно? — допытывался терапевт. — Каких слов вы больше всего боитесь?» Рон пояснил: он бо-

ится, что кто-то скажет, что он «мерзкий». Через пару минут терапевт спросил у Линды, что она думает по поводу слов Рона, и она сердито ответила, что вообще не понимает, о чем Рон говорит, потому что он «постоянно как бы под газом», «какой-то мутный».

Группа посвятила несколько минут обсуждению странной реакции Линды на Рона. Под конец стало очевидно, что Линда не понимала значения слова «мерзкий» применительно к человеку и отреагировала на свое непонимание гневом в адрес Рона. Затем Линда преподнесла всей группе самое важное откровение: главной причиной ее нежелания близко общаться с людьми было убеждение в том, что они сочтут ее глупой. Стоило ей приблизиться к опасному моменту в разговоре, как она пугалась, что ее глупость станет очевидной, — и Линда находила способ прервать общение, раздражаясь и впадая в гнев.

Это было первое самораскрытие Линды, и оно представляло собой чрезвычайно важную работу. Группа с воодушевлением поддержала ее за то, что она пошла на такой риск. Рон все это время молчал, а когда его спросили о его реакции на Линду, он замкнулся и в конце концов забрался в такие интеллектуальные дебри, что остальные никак не могли его понять. Терапевт попытался помочь Рону сфокусироваться на его непосредственных чувствах по отношению к Линде и спросил, не возникло ли у него в результате этого раскрытия ощущение большей близости к ней, но Рон лишь продолжал абстрактные рассуждения. Терапевт стал спрашивать других, как бы они отреагировали в этот момент, если бы были на месте Рона. И члены группы сумели дать гораздо более простые и прямые ответы. Например: «Линда, теперь я действительно

ощущая, что мы стали ближе», или «Я чувствую, что понимаю тебя», или «Мне нравится твоя честность» и так далее. Когда Рона спросили, видит ли он разницу между этими высказываниями и тем, как он сам отреагировал на Линду, он согласно кивнул.

В заключительные 10 минут сеанса, когда настало время подводить итоги, терапевт поднял вопрос о том, что Линда, возможно, очень рада тому, что произошло, однако Рон в результате этой встречи мог почувствовать свое поражение – то есть ощутить, что потерпел неудачу. Рон с готовностью закивал, подтверждая это предположение. Понимая, что Рон очень гордится своим интеллектом, терапевт с осторожностью подошел к итоговым комментариям и заговорил об этой его сильной стороне. Он сказал, что был как раз такой случай, когда недюжинный интеллект Рона *помешал* ему сделать то, чего он хотел – то есть сблизиться в отношениях с другими людьми. Терапевт отметил, как ему нравится способ мышления Рона, его умение пользоваться словами и продумывать абстрактные концепции. И все же он, терапевт, надеется, что Рон позволит группе помочь ему больше развить и другую сторону своей личности.

Этот комментарий оказался для Рона полезным, и он покинул группу с ощущением поддержки и открытости, а не переживая свое поражение.

Не нападайте на пациента

Вполне очевидно, что терапевты должны избегать нападков на пациентов. Положение терапевта облакает его значительной властью. Он не только наделен в глазах пациентов большой мудростью и авторитетом, но также, будучи руководителем, способен мобилизо-

вать значительные силы самой группы. Несмотря на очевидную природу этого простого требования — избегать нападок — поразительно, насколько часто терапевты ведут себя агрессивно по отношению к пациентам! Обычно такая агрессия проявляется тогда, когда один пациент жестоко нападает на другого и терапевт защищает второго, в свою очередь, нападая на агрессора.

Например, на одной встрече Норман, который по природе был весьма агрессивен, принялся в резкой форме нападать на другую пациентку, Нэнси, которая безостановочно пила пепси-колу, одновременно жалуясь на свою неспособность остановиться. Нападки длились довольно долго. Наконец терапевт, у которого лопнуло терпение и пробудились защитные инстинкты, оборвал Нормана такими словами: «Как вы можете так грубо выговаривать человеку за то, что он не может перестать пить пепси, когда вы сами не в состоянии контролировать свою тягу к алкоголю?!» Нэнси, конечно, ощутила поддержку, зато Норман немедленно ошетинился — в особенности потому, что он пока еще не раскрыл группе тайну своего алкоголизма.

Какие же *конструктивные* возможности были доступны руководителю? Как он мог оказать поддержку пациентке, ставшей объектом нападков, притом не обидев нападавшего? Один из первых вопросов, который должен был обдумать терапевт: есть ли какой-то позитивный аспект в поведении Нормана? Разумеется, в данном случае он был! Общаясь с пациентами, всегда стоит толковать любые сомнения в отношении мотивации в пользу «ответчика». В конце концов, ведь в комнате присутствовали несколько молчаливых пациентов — членов группы, которые вообще никак не от-

реагировали на поведение Нэнси. Можно было отдать Норману должное в том, что он проявил желание помочь Нэнси избавиться от ее пепси-зависимости.

Терапевт мог, например, сказать: «Норман, я понимаю, что вы очень хотите помочь Нэнси. Я вижу, что вы расстроены, даже сердиты. Но мне кажется, что ваше раздражение и расстройство происходят именно из желания оказаться полезным другому человеку».

Если пациент признает, что это так (а обычно так и бывает), тогда терапевт может продолжить разговор, подняв вопрос о том, достиг ли пациент своей цели: то есть сумел ли Норман действительно быть полезным Нэнси? Мог ли он, например, спросить Нэнси о чувствах, которые у нее вызвали его слова? Скорее всего, Нэнси в таком случае заметила бы, что была уязвлена этими нападками и ей захотелось защититься. В этот момент терапевт мог бы объяснить Норману, что, похоже, тот добился вовсе не того результата, которого желал. Тогда, может быть, существует какой-то другой способ быть полезным Нэнси?

Другая линия поведения терапевта — помочь нападавшему пациенту заняться саморефлексией, а потом попытаться установить более позитивные отношения между нападавшим и объектом нападок.

Например, терапевт мог бы заметить, что, с его точки зрения, Норман был чересчур резок с Нэнси, и поинтересоваться, не отражает ли такая реакция его строгость по отношению к самому себе. Может быть, например, в нем самом есть какие-то стороны или качества, которые он хотел бы изменить чистым усилием воли — и он, подобно Нэнси, расстраивается из-за невозможности сделать это?

Такой подход так же направлен на поддержку Нэнси, как и первая тактика терапевта, зато не содержит критики или нападок на Нормана. Напротив, при этом обеспечена поддержка и ему, указывая пациенту путь к началу личной терапевтической работы.

Создайте чувство защищенности: передайте пациенту контроль над ситуацией

Пациенты порой неохотно работают в группе терапии, потому что боятся, что властный терапевт или коллектив группы могут заставить их утратить контроль — то есть произнести, подумать или почувствовать нечто, что окажется для них катастрофическим. Терапевт призван сделать климат в группе более безопасным, позволив каждому пациенту устанавливать собственные границы и подчеркивая контроль пациента над каждым взаимодействием.

Стоит постоянно спрашивать у пациента о его ощущениях с помощью таких вопросов: «Хотите ли вы продолжать эту тему? Не слишком ли я на вас давлЮ? Не лучше ли нам остановиться — или вы предпочли бы продолжить разговор на эту тему? Какие я могу задать вопросы, которые помогли бы вам раскрыться?» Это передает контроль над взаимодействием в руки пациента.

Относитесь к пациенту с уважением и достоинством

Все эти краткие примеры иллюстрируют вариации на одну и ту же тему: терапевту следует проявлять душевную щедрость и оказывать поддержку пациенту. Это должно стать второй натурой терапевта — отмечать сильные стороны и укреплять их, говоря о них вслух.

Терапевту следует научиться сообщать пациентам о том, что ему нравится в них, одобрительно комментировать любой вид прогресса, подчеркивать отнюдь не негативные аспекты поведения пациента, а позитивные, фокусируя внимание на том, что «стакан на одну треть полон, а не на две трети пуст». Например, один пациент, разговаривая с другим, остается отстраненным и равнодушным. Терапевт может помочь этому пациенту перейти к более близкому взаимодействию, отметив позитивные аспекты его поведения (скажем, одобрить само его намерение общаться, готовность пойти на риск или то, насколько лучше пациент справляется со своей задачей сейчас, чем на предыдущей встрече), а не акцентировать то, чего пациент *не делает*.

Выражаясь в терминах бихевиоризма, я выступаю скорее за *оперантный*, чем *аверсивный*¹ стимул. Хотя в целом я неохотно применяю бихевиористские термины из-за весьма негативной нагрузки, которую они несут применительно к природе человеческих взаимоотношений. Чрезвычайно важно, чтобы терапевт не относился к пациенту как к объекту. Когда такое происходит, никакие комплименты, никакие «оперантные сигналы», никакое подкрепление не воспринимается как настоящая поддержка. Следует уважать пациента и стараться сочувствовать ему как можно больше.

Нередко комментарии терапевта о невербальном поведении пациента, если они не очень корректно сформулированы, могут привести к тому, что пациент начинает ощущать себя объектом.

¹ Значение терминов см. в «Глоссарии» в конце книги. — *Прим. ред.*

Например, на одной встрече весьма беспокойный пациент по имени Отто пытался рассказать группе о своем дистрессе и отчаянии, но кончилось дело блокировкой и отрицанием. Во время всей встречи он нервно теребил коробку с салфетками, и терапевт, пытаясь противодействовать отрицанию с его стороны, привлек внимание Отто и всей группы к разорванной коробке, поинтересовавшись, не являются ли действия Отто отражением гнева и беспокойства.

Отто покинул встречу крайне расстроенный и на следующий день отказался прийти в группу. Он рассказал своему личному терапевту, что события этого сеанса пробудили в нем воспоминания об одном из самых унижительных переживаний за всю его жизнь. Когда ему было 10 лет, он перенес серьезную хирургическую операцию по поводу гипоспадия (врожденный дефект пениса). Он с гневом и стыдом вспоминал множество клинических совещаний, во время которых его выставляли напоказ и как группы врачей изучали его во время хирургических обходов.

Невербальное поведение — чрезвычайно значимый источник сведений для терапевта. Обкусывание ногтей, позы, манера садиться, жесты — все это может транслировать важную информацию о событиях внутренней жизни пациента. Но обычно (если терапевт не относится к необычайно чувствительным людям) словесные замечания об этих невербальных сигналах ощущаются пациентом как объективизация (порождают ощущение, что тебя воспринимают как объект). В большинстве случаев невербальные сигналы следует использовать как источники терапевтической информации, а не как темы для открытой дискуссии.

Структурированный подход к поддержке

Все замечания, сделанные мною относительно поддержки, обретают еще более выраженную значимость для групп, состоящих из пациентов с особенно острыми расстройствами или задержками развития. Структура, организуемая терапевтом в таких группах, предназначена для обеспечения поддержки каждому из членов группы — и со стороны терапевта, и со стороны остальных пациентов.

В главе 6 я представлю подробную модель для низкоуровневых групп, а здесь опишу пока лишь одно иллюстративное упражнение. Каждого пациента просят обозначить на чистом листе бумаги свое имя, а затем написать два своих качества, которые ему в себе нравятся и которые он не хотел бы менять. Потом эти листки передают по очереди каждому участнику, сидящему в круге, тот прибавляет еще одно качество, которое ему нравится в человеке, чье имя написано вверху страницы, и передает лист дальше. Упражнение продолжается до тех пор, пока листки не обойдут полный круг, вернувшись к первоначальному владельцу. В конце упражнения каждый участник читает вслух список положительных качеств, которые другие видят в нем, и говорит о том, что ему больше всего понравилось и что его удивило.

Это упражнение — необыкновенно мощное средство поддержки для пациентов. И поскольку терапевт тоже должен в нем участвовать, оно предоставляет ему блестящую возможность потренироваться в проницательности и подчеркивании сильных сторон пациента.

Конфликт в стационарной группе психотерапии

Стратегический подход к конфликту в значительной степени определяется соображениями, идентичными тем, которые я излагал, рассуждая о поддержке. В стационарной группе терапии поддержка и конфликт несовместимы.

Многие (а возможно, большинство) из психиатрических пациентов имеют серьезные проблемы с гневом. Они либо выражают гнев деструктивным способом, либо настолько боятся чувства гнева, что стараются подавить его и страдают от таких последствий интернализации, как соматические болезни, ненависть к себе и депрессия.

Однако, несмотря на вездесущность гнева, среди клиницистов бытует согласие в том, что малая группа стационарной терапии не может и не должна иметь дело с открытой яростью [21]. Как заметил один опытный клиницист, «мы на горьком опыте научились никогда, никогда не исследовать чувство гнева и не поощрять его выражение ради него самого» [22].

Гнев и конфликт, даже при самых идеальных обстоятельствах, вызывают сильный дискомфорт. В группе долгосрочной терапии, например, должна быть достигнута значительная сплоченность, прежде чем терапевт сможет начать работать над фасилитацией открытого проявления конфликта.

Если между членами группы нет прочных связей, продолжительный конфликт приведет к ее дроблению и преждевременному прекращению терапии со стороны многих пациентов.

Некоторые клиники предлагают дискуссионные группы для членов персонала – форум, где они могут обсудить свои межличностные конфликты и напряженность. Сотрудники персонала, участвующие в работе таких групп, знают «из первых рук», насколько неприятно бывает разбирать конфликт, в особенности – конфликт с людьми, с которыми приходится весь день жить бок о бок. Руководство клиник, где таких групп нет, обычно стесняется своей неспособности учредить их. Руководители сознают, что они неуютно себя чувствуют перед перспективой открытого разбирательства существующих конфликтов. Если уж профессиональные психиатры не способны открыто разобрататься с конфликтом, стоит ли ожидать, что это сумеют сделать пациенты с острым расстройством.

Источники конфликта

Многие пациенты приходят в стационарную группу терапии с недюжинным запасом накопленного гнева. Они раздражены тем, что оказались в клинике; гневуются на себя за свои неудачи; на окружающих, которых воспринимают как предавших, бросивших их или плохо обращавшихся с ними. Параноидные пациенты могут прийти в группу с увесистым багажом негативных чувств по поводу того, что их особые качества не были признаны другими и что окружающие устраивают заговоры с целью лишить их того, что принадлежит им по праву. Пациентов с зависимостью от психотропных веществ может чрезвычайно раздражать невозможность раздобыть наркотик, который нужен им для комфортного самочувствия. Молодежь и взрослые люди постарше часто злятся на навязанные им персоналом отделения ограничения.

Вдобавок к этим источникам гнева, берущим начало во внутреннем мире каждого члена группы, стационарной группе терапии приходится справляться с еще одним его источником — гневом, возникающим в результате межличностной и групповой динамики. Одним из наиболее характерных источников гнева является *перенос* (или *паратоксическое искажение*¹). При этом человек реагирует на другого не на основе реальности, а опираясь не на некий образ, искаженный прошлыми взаимоотношениями человека и его текущими межличностными потребностями и страхами. Так, человек нередко видит в окружающих качества, характерные для значимых людей в его собственной жизни. Если этот опыт заряжен негативно, такое «виденье» легко провоцирует антагонизм.

Типичной формой искажения в группах терапии является *зеркальная реакция*. Она возникает, когда человек видит в другом человеке свои собственные качества (нередко подавленные), которых сам очень стыдится. Иными словами, человек может ненавидеть другого, потому что видит в этом другом какие-то ненавистные ему (сознательно или бессознательно) черты себя самого.

Еще один источник конфликта в малой стационарной группе — *соперничество*. Пациентам приходится соревноваться друг с другом за время и внимание. Эта конкуренция гораздо более выражена, чем в амбулаторных группах, — из-за вечного недостатка времени в условиях стационарной терапии. В долгосрочной ам-

¹ Значение терминов см. в «Глоссарии» в конце книги. — Прим. ред.

булаторной групповой терапии члены группы обычно согласны ждать, позволив другим потратить на себя значительную часть встречи, потому что уверены в *quid pro quo*¹. Они знают, что придет и их очередь и группа на какой-нибудь будущей встрече отплатит им взаимной любезностью за терпение. Пациенты же стационарной группы понимают, что их очередь может никогда не наступить. Срок их личного пребывания в группе (как и срок пребывания в ней людей, которым они подарили время) столь короток (он может составлять всего 1–2 дня), что подаренное время никогда не будет возмещено.

Нередко гнев соперничества замаскированно выражается через замещение или обобщенную раздражительность. Однако порой группа достигает «точки кипения» и выражает его открыто. Например, в одной группе пациенты пришли в ярость по поводу двух неуправляемых буйных подростков. Когда их гнев наконец выплеснулся вовне, его мишенью стало не грубое поведение подростков, но то, что они отняли столько драгоценного времени у всех остальных членов группы.

Время от времени гнев возникает в результате соревнования между пациентами за какие-либо конкретные блага. Госпитализация провоцирует возникновение регрессивных, связанных с инфантильной зависимостью, требовательных желаний. Пациенты могут соперничать за особое внимание терапевта или за некую роль — роль самого влиятельного, самого чувствительного, самого проблемного или нуждающегося члена группы. Пациент может испытывать раздражение потому, что его нереалистические ожидания от терапии

¹ Услуга за услугу; компенсация (лат.). — Прим. перев.

оказываются неоправданными: ему не удалось стать любимчиком терапевта; терапевт каким-то образом лишил пациента иллюзий или не смог оправдать его надежд. Члены группы, которые не способны открыто высказать терапевту свое разочарование, могут перенести свой гнев на «козла отпущения», еще больше повышая общий уровень конфликтности и раздражительности в группе. Из-за краткосрочного кризисного характера стационарной группы эти источники конфликта менее очевидны, чем в долгосрочной амбулаторной группе.

Каковы бы ни были причины конфликта, его последствия в стационарной группе бывают очень тяжелыми.

Разрушается взаимное доверие, группа не чувствует себя в безопасности, и самораскрытие, необходимое для терапевтической работы, умирает, не успев родиться. Группа в состоянии конфликта не может достичь одной из главных целей стационарной терапевтической группы: знакомства с терапией как с поддерживающим, приятным и конструктивным опытом, который пациенты захотят продолжить после того, как покинут клинику.

Как разбираться с гневом

Есть несколько важных терапевтических методов, позволяющих разобраться с гневом. Прежде всего, в небольшой группе стационарной терапии нет места провоцированию конфликтов. Не стоит ошибочно полагать, что, поскольку в стационарной группе у многих пациентов есть проблемы в сфере гневливости, полезно помочь этим пациентам «выпустить гнев наружу» и разобраться с ним в ходе терапии.

Целью терапевта стационарной группы должно быть быстрое разрешение конфликта, а не его провоцирование.

Может возникнуть необходимость помочь охваченному гневом пациенту выразить, переместить или сублимировать этот гнев. Но малая группа — не место для такой помощи. Уместнее проработать эту задачу один на один с личным терапевтом или в какой-либо форме физических упражнений, например — боксировать с подвесной грушей. А серьезный конфликт между двумя пациентами можно проработать, устроив встречу этих двоих в присутствии одного или двух сотрудников клиники.

Я не имею в виду, что терапевт стационарной группы должен притворяться, что гнева не существует. Ваша задача — найти способ помочь пациентам разбраться с гневом таким образом, который не нарушит безопасной атмосферы в группе.

Один из рекомендуемых способов работы с гневом — помочь пациенту перевести свою ярость во что-то, что по природе более безопасно и менее угрожающе — в какой-либо аффект, с которым можно комфортно работать в группе. Если пациент объявляет группе, что его главной проблемой является гнев (его избыток либо недостаток) и он хочет проработать эту проблему в группе, я обычно предлагаю следующие шаги. Сначала говорю о том, что обычно бывает слишком трудно работать с открытой яростью в группе терапии. Это переживание оказывается слишком пугающим и чересчур некомфортным для всех участников. Затем перехожу к пояснению, почему с гневом так сложно работать. Многие люди позволяют ему разрастаться внутри себя до предела, когда он готов извергаться, подобно вулкану, — а это напугает как самого человека, так и окру-

жающих. Лучший способ работы с гневом в группе терапии, продолжаю я, — это выразить его, пока он «незрел» — еще не стал гневом, но остается раздражением, досадой или самоуверенностью. После этого я призываю пациентов выразить «незрелый» гнев — то есть раздражение, досаду или самоуверенность — как только они осознают его присутствие.

Чтобы помочь членам группы выразить эти аффекты, я сначала прошу их выразить свое раздражение или досаду самым безопасным способом — то есть высказываться не по отношению к другому человеку, а по отношению к проблеме или процедуре сеанса.

Я, например, спрашиваю их, что раздражающего они находят в процедуре данной встречи или в том способе, которым я, терапевт, веду группу сегодня. (Надеюсь, что терапевту гораздо легче справиться с гневом, чем любому из членов группы!) Как правило, пациенты не сразу решаются ответить на такую просьбу. Необходимо во время сеанса возвращаться к ней несколько раз — спрашивать, не испытывают ли они раздражения.

Лишь намного позже — да и то с большой осторожностью, я поощряю членов группы выразить раздражение, которое они могут испытывать по отношению к другим людям. Я призываю их искать такой способ выразить досаду, который не был бы болезнен, не заставил бы другого уйти в себя, но, наоборот, позволил бы ему раскрыться. Я также призываю пациентов постоянно держать в уме, что их задача — выразить слабое, едва сформировавшееся чувство, которое еще не превратилось в огромную, тяжеловесную глыбу гнева.

Когда пациент выражает раздражение по отношению к другому пациенту, терапевт должен тщательно отслеживать этот процесс. У некоторых пациен-

тов бывает столько внутренних противоречий в сфере агрессии, что признание и выражение ее является для них чрезвычайно болезненным процессом. Другие пациенты могут быть настолько незащищенными и ранимыми, что даже самую мягкую критику ощущают как катастрофу. Терапевт должен быть чувствителен к обоим этим вариантам и действовать соответственно.

Самые большие трудности с выражением гнева свойственны декомпенсированным пациентам с обостренным обсессивно-компульсивным синдромом. Свое сокровенное ядро гневливости они ощущают как настолько угрожающее их равновесию, что беглое исследование его на коротком сеансе терапевтической группы, скорее всего, не будет терапевтичным.

Например, во время группового сеанса пациентка по имени Роза пространно излагала свои проблемы. Было много признаков того, что гнев является ее центральной динамикой. Она делилась глубоким чувством скорби по поводу недавней смерти своей собаки и ощущением вины: ей казалось, что из-за собственного небрежения она каким-то образом ответственна за смерть пса. Из ее рассказа всем стало ясно, что в течение нескольких лет собака была для нее невероятным бременем. В жизни Розы были и другие стрессы, в их числе — развод с мужем. И уход за хронически больной, страдающей недержанием, раздражительной собакой истощил бы терпение даже матери Терезы. (Ситуацию никоим образом не облегчало то, что собака изначально принадлежала ее мужу, который, бросив Розу, заодно бросил и питомца.) Несомненно, Роза подспудно желала собаке смерти и на каком-то уровне сознания испытала значительное облегчение, когда животное испустило дух.

Почувствовав, что Роза задыхается от не нашедшей выражения ярости, терапевт предложил ей тщательно исследовать это чувство и пойти на риск, частично выразив его через раздражение, которое она могла испытывать по отношению к кому-либо из членов группы. Роза замешкалась, затем, наконец, рискнула — и, повернувшись к 19-летней пациентке, рявкнула: «Тебе вообще нет никакого смысла находиться в клинике! Ты молода, красива, в добром здравии, да и физической силой тебя бог не обидел. Возьми себя в руки и справляйся со своей жизнью!»

Хотя ее слова и тон были еще сравнительно мягкими, Роза явно неуютно себя чувствовала после этой вспышки и сразу же попыталась сгладить впечатление, говоря, что высокомерие — одна из ее больших проблем: она понимает, что сказала глупость, ведь люди не могут выздороветь просто потому, что пожелали чувствовать себя лучше! Будь это так, она сама давным-давно убралась бы из клиники. Потом Роза вспомнила, что у нее тоже было множество проблем, когда ей было 19 лет — и так далее, в том же духе. Дискомфорт Розы все нарастал. Никакие утешения со стороны группы не могли с ним справиться. Она не успокоилась даже тогда, когда девушка, к которой она обращалась, уверила Розу, что ее напор вовсе не подавил ее — напротив, теперь Роза нравится ей гораздо больше. После окончания сеанса тревожность Розы переросла в панику, и она всю ночь не могла заснуть. Она отказалась приходить в группу на последующие встречи.

Очевидно, что терапевт неверно оценил способность Розы мириться с проявлением гнева со своей стороны. Гораздо полезнее было бы попросить ее сделать что-либо не настолько опасное — то есть выразить раздражение по поводу какого-то отвлеченного

вопроса, какого-то аспекта ее прошлой жизни или каких-то чувств по поводу процедуры сеанса.

Пациенты обычно боятся выражать гнев, даже в небольших дозах, потому что полагают, что это приведет в действие катастрофические события. Как правило, если человек не настолько раним, как Роза, желательно помочь ему выразить гнев в какой-либо «разбавленной» форме, чтобы он смог понять, что его катастрофическая фантазия — всего лишь фантазия, и она не собирается материализоваться.

Позвольте мне описать инцидент, в котором участвовали два пациента, которых я назову Питером и Эллен. Питеру всегда было трудно отстаивать свои интересы, он был неспособен сделать критическое замечание в адрес другого человека. Как выразился Питер, он «устал ходить по яичным скорлупкам» и надеялся, что терапия поможет ему измениться. Терапевт группы поощрил его в этом и предложил начать с попытки сделать одно критическое замечание о чем-либо, что вызвало у него раздражение во время группового сеанса. Питер согласился. Но попытка оказалась вовсе не такой мягкой, как рассчитывал терапевт. Питер повернулся к Эллен, молодой пациентке с анорексией и булимией, и сказал: «Я считаю, что ты оттянула на себя слишком много времени группы!» Эллен отреагировала на это очень остро: схватила руками за голову и разрыдалась. Истерика продолжалась по меньшей мере минут пять, несмотря на все усилия группы утешить ее.

В этот момент казалось, что сеанс катится под откос. Намерением терапевта, когда он просил Питера рискнуть и выразить какое-нибудь незначительное негативное чувство, было показать Питеру, что та-

кой поступок не приводит к катастрофе, которой он ожидал в своих фантазиях. Столь резкой реакции со стороны Эллен терапевт никак не ожидал: она могла скорее подтвердить, чем опровергнуть опасения Питера.

Терапевт спас положение, подав группе блестящий пример поведения в такой ситуации. Он подошел ко всему случившемуся с полным самообладанием и продемонстрировал членам группы, что гнев и расстроенные чувства — не такие уж непобедимые противники. Прежде всего он принялся расспрашивать пациентов, что они думают по поводу распределения времени в группе. Многие ли в группе почувствовали, что Эллен потребовала для себя слишком много времени? Оказалось, что один из членов группы согласен с Питером, а шестеро остальных — не согласны. Трое заявили, что Эллен, наоборот, слишком бескорыстна, и группа отводит ей *чересчур мало* времени.

Расколовшееся «голосование» оказалось интересной иллюстрацией к вопросу, который был чрезвычайно важен как для Эллен, так и для Питера: можно ли угодить абсолютно всем? (Даже по сравнительно объективному вопросу — относительно количества времени — члены группы не пришли к согласию и, таким образом, не могли быть одинаково удовлетворены.) Каким образом мириться с дискомфортом, если ты не можешь понравиться всем людям? Эллен тоже участвовала в обсуждении, поскольку это был вопрос, с которым она долго не могла разобраться. Ее «бескорыстие» отчасти выросло из стремления понравиться каждому, и, делая это, она упускала из виду свои собственные желания и потребности.

Заявление Питера открыло целую тему — о распределении времени в группе, тему чрезвычайно «горя-

чую» для любой группы терапии, но редко обсуждаемую даже в наиболее продвинутых группах. С помощью ведущего группа открыто обсудила несколько сложных вопросов. Какие участники группы получают достаточно времени во время сеанса, а какие – нет? Как принимаются решения о том, кто получает время в группе? И как быть с теми, кто не получает достаточно времени? Обычно ли для них такое положение дел?

К этому времени Эллен уже оправилась от срыва, и группа помогла ей исследовать вопрос о том, почему она так резкоотреагировала на замечание. Откуда взялись все эти слезы? Почему она оказалась столь чувствительна к обвинению в эгоизме? Это исследование привело Эллен к вопросу о жадности и способности делиться – а это всегда жизненно важный вопрос для пациента с анорексией или булимией. Эллен многое рассказала о своих чувствах относительно пищи, процесса еды, жадности; о возникающем у нее порой желании съесть все, что лежит на столе; о том, как она доедала объедки за другими людьми и т.д. К концу встречи Эллен проделала огромную работу и раскрыла больше вопросов, имевших для нее основополагающую важность, чем на всех прежних занятиях, вместе взятых, – как во время этой госпитализации, так и во время предыдущей.

Терапевт, разумеется, не упустил возможности подчеркнуть, что Питер проявил смелость своим поступком – и его смелость оправдалась, дав импульс такой интенсивной и успешной встрече. К концу сеанса первоначальное намерение терапевта реализовалось: Питер рискнул пойти на открытое выступление в группе – и его страхи по поводу этого риска не оправдались!

«Смягчение» гнева

Есть несколько других методов «смягчения» гнева. Обдумайте следующую ситуацию.

Энн, молодая женщина, неоднократно принималась рыдать в течение первой части сеанса. Когда она наконец взяла себя в руки и смогла говорить, то рассказала об инциденте, о котором большая часть членов группы уже знала. В течение нескольких дней у нее продолжались романтические отношения с Риком, еще одним участником группы. Он довольно неожиданно решил прервать их. Энн причинил боль и этот разрыв, притом ей приходилось каждый день видеться с Риком в отделении. Ее обиду усугубило решение Рика не разговаривать с ней в течение целой недели — он сказал, что ему нужно время, чтобы собраться с мыслями. В день сеанса Энн, ужасно расстроенная, подошла к Рику и попросила его поговорить с ней о том, что между ними случилось. Рик сделал ей выговор, сказав, что прошло только шесть дней, а ведь он говорил ей, что ему нужно семь!

Поэтому для группы не было тайной то, что Энн очень сердита на Рика. Более того, терапевт был уверен, что Рик, бывалый наркоман с хорошо развитой защитой, прекрасно справится с выражением гнева в свой адрес. Какие возможности были доступны терапевту? Как он мог помочь Энн, приходившей в ужас при мысли об открытом проявлении гнева, напрямую высказать свои чувства Рику?

Одним из вариантов было попросить ее выразить их окольным путем. Гневные реплики всегда звучат мягче, будучи выражены в сослагательном наклонении. Так, терапевт мог спросить Энн: «Если бы вы решились

выразить свой гнев по отношению к Рику, что *бы* вы сказали?» Эта простенькая лингвистическая уловка является полезным инструментом терапевта в целом ряде сложных ситуаций.

Еще одним способом вывести гнев на окольный путь является обращенная к другим членам группы просьба в течение нескольких минут разыграть ролевую игру, притворившись, что каждый из них рассержен, и выразить гнев, который они могли бы в этом случае чувствовать. В нашем случае после того, как ряд пациентов высказали то, что, по их мнению, ощущала Энн, ее можно было бы спросить, какое из этих мнений больше всего соответствует ее собственным чувствам.

Еще одна возможность (которую терапевт успешно применил в той ситуации) — сделать выражение гнева безопасным, тщательно ограничив его пределы. Терапевт предложил, чтобы Энн выразила свои чувства по отношению к Рику, но сделать это должна была за ограниченное время — в данном случае за 60 секунд.

Личный пример терапевта

Еще один способ, которым можно помочь членам группы безопасным способом исследовать свою реакцию на собственный гнев. Ведущий может предложить *модель* разбирательства с гневом, которая позволит членам группы работать компенсаторно. При случае бывает полезно, чтобы совместно работающие терапевты не согласились друг с другом по какому-то вопросу. Если между ними есть разногласия, но они все же продолжают уважать друг друга и работать вместе, они подадут пациентам прекрасный пример для подражания. В главе 5 я опишу технику обсуждения встречи в присутствии пациентов терапевтами и наблюдателя-

ми. Этот формат обеспечивает терапевтам прекрасную возможность смоделировать здоровые разногласия.

Бывают моменты, когда руководителю приходится вести себя особенно напористо. Если, например, вы установили в группе определенные правила, то периодически вам придется их подкреплять. Так, если в группе есть правило о том, что опоздавшие не допускаются на сеанс, необходимо лишать права доступа пациентов, пришедших слишком поздно. Терапевт подает хороший пример, если его позиция в таких ситуациях относительно прозрачна. Можно спросить членов группы об их реакции на ваши действия, и стоит сообщить о собственном дискомфорте в связи с этим вынужденным поступком.

Здесь можно раскрыть свои смешанные чувства: с одной стороны, вы чувствуете, что поступили правильно и что это наилучший выход для группы, потому что в результате все члены группы будут приходить вовремя и встречи будут меньше прерываться. Однако одновременно с этим вы чувствуете себя несколько виноватым и беспокоитесь, что могли обидеть пациента, который хотел войти. Вы можете также указать, что разберетесь с этой тревогой, обязательно встретившись с не допущенным вами пациентом после сеанса.

Даже самый спокойный и уравновешенный терапевт время от времени будет подвергаться воздействиям, которые вызовут у него раздражение. Это оказывает значительное влияние на пациентов и требует очень взвешенного подхода.

Представьте себе следующую клиническую иллюстрацию. В середине одной групповой встречи психиатр заглянул в комнату, где проходили занятия, и поманил к себе одного из пациентов, тот встал и покинул помещение, что-

бы пойти на сеанс индивидуальной терапии. Терапевт группы был чрезвычайно раздражен столь грубым вторжением в работу группы. Во-первых, политика клиники ясно устанавливала, что лечащие психиатры не должны забирать пациентов со встреч группы терапии. Во-вторых, именно этот пациент был одной из центральных фигур происходившей встречи, и его уход серьезно нарушил работу группы. Минуту-другую терапевт группы тихо «дымился», а затем решил действовать в соответствии со своими чувствами, не откладывая разговор на потом. Он вышел в коридор и устроил выговор провинившемуся психиатру.

Между терапевтом группы и психиатром состоялся короткий спор, достаточно громкий, чтобы его слышали члены группы. Через 3 или 4 минуты терапевт группы вновь вошел в комнату, а еще через несколько минут за ним последовал пациент. Это событие имело большую важность для членов группы, и терапевт предложил им обсудить свои реакции. Несколько пациентов сказали, что ощутили испуг, видя двух терапевтов в состоянии открытой конфронтации. Им это напомнило давние чувства, возникавшие при виде драк между их родителями. Другие же пациенты сказали, что им этот эпизод показался скорее любопытным, и выразили восхищение тем, что два терапевта сумели выразить свои разногласия, но притом не перестали общаться.

Терапевт подал группе пример прозрачности. Он сообщил, что чувствовал раздражение в течение первых нескольких минут после того, как пациент ушел, и решил, что лучше всего будет разобраться с этим чувством сразу, поговорив с психиатром, несмотря на возможный дискомфорт такой ситуации. Он также упомянул, что во время короткого спора ясно понял и позицию психиатра: у него в тот день было несколько

срочных вызовов, и он не мог найти другого времени встретиться со своим пациентом. Психиатр позвонил в клинику и попросил кого-то из медсестер передать пациенту, чтобы тот не ходил на групповую встречу, но сообщение пациенту не было доставлено. Таким образом, хотя обе позиции — терапевта группы и психиатра — были совершенно обоснованными, это не опровергало тот факт, что сильные чувства вполне можно выражать. Это было ценное упражнение в моделировании поведения, и несколько пациентов позже упоминали о нем как имевшем для них большое значение.

Разрешение конфликтных ситуаций

Как ни старайся этого избежать, открытые конфликты между пациентами неизбежны. Поэтому терапевт обязан быть мастером в разрешении конфликтов, находя не только способы пресечь конфликт, но, если возможно, и конструктивное применение возникшему гневу.

Психотерапия в целом предполагает чередование содержания процесса; провоцирование аффекта и понимание вызванного аффекта.

Иными словами, фаза повышенного эмоционального возбуждения сопровождается попыткой (одного пациента или группы) понять значение этого эмоционального опыта. Когда таким аффектом является гнев, терапевту нужно быстро вывести группу в фазу понимания и прояснения. Так, при первых признаках конфликта ведущий должен действовать решительно и изменить направление движения группы с помощью комментария: «Давайте на несколько минут остановимся, сделаем шаг или два назад и попытаемся осмыслить

то, что только что произошло в группе. У кого какие идеи насчет этого?» Терапевт может просто прокомментировать, что гнев является большой проблемой в нашей жизни, и важно, чтобы мы попытались понять его во время сеанса настолько, насколько сумеем.

Задача — достаточно быстро вывести членов группы из зоны конфликта на более объективную позицию, с которой они посмотрят на свою терапию в долгосрочной перспективе.

Так, терапевт может сказать нечто вроде: «Джон, твой гнев или твои взаимоотношения с Джо — это явно не то, что следует обсуждать или разрешать в группе. Маловероятно, что вы с ним будете встречаться после госпитализации, вне группы; таким образом, в некотором смысле уже несущественно — кто прав, а кто виноват, кто выиграет, а кто проиграет. Что действительно важно — так это то, что вы можете узнать о себе в результате этого конфликта, чтобы применить это знание в своей внешней жизни».

Существует множество способов трансформировать конфликт между членами группы в нечто конструктивное. Здесь всегда стоит иметь в виду концепцию отражения: человек может негативно реагировать на другого, потому что видит в нем себя. Часто качества, вызывающие такую реакцию, неосознанны: то есть человек отвергает или не признает в себе некоторые особенности и переносит их вовне, на другого индивидуума, на которого реагирует резко негативно.

Иногда для описания этого психологического механизма используют термин «*проективная идентификация*». Человек проецирует свои качества на другого человека, с которым впоследствии развивает близкую и

необычную идентификацию. Поэтому, если два человека оказываются в конфликте, часто бывает полезно спросить, не видит ли один из них в другом какие-то стороны себя самого. Такой вопрос, если он задан вовремя, может привести не только к разрешению конфликта, но и к ценному личному исследованию со стороны носителя проблемных качеств. Если имеется *двойная зеркальная реакция* — то есть каждый из индивидуумов видит в другом отрицаемые собственные черты — тогда весьма вероятен сильный взаимный антагонизм.

Целесообразно задать вопрос и относительно положительных чувств, которые антагонисты испытывают друг к другу. В особенности бывает полезным исследовать те аспекты другой личности, которым человек завидует. Имейте в виду: если двое находятся в конфликте друг с другом, значит, они воспринимают друг друга весьма серьезно.

Нередко, когда пациенты заканчивают терапию в группе или покидают клинику, они ретроспективно сообщают о том, что их главный «враг» был для них особенно полезен.

Не зря говорят, что друзья человека (в особенности это касается супругов) являются его худшими врагами, поскольку они часто препятствуют личным переменам и росту. Гнев в отношении другого человека означает, что первый принимает второго всерьез, тот имеет для него значение. Если у пациента в клинике складываются абсолютно пустые или нейтральные взаимоотношения с кем-то (они едва-едва обмениваются словом или жестом, не говоря уже об обмене сильными чувствами), тогда скорее всего тот не поможет пациенту в достижении самопознания.

Порой полезной техникой разрешения конфликта оказывается *перемена ролей*. Когда две личности застревают в конфликте, возникает предсказуемая последовательность событий. У антагонистов развиваются убеждения «я прав, а он неправ», «я — хороший, а он — плохой». Характерно, что обе враждующие стороны придерживаются этих убеждений с равной уверенностью в своей правоте. Результат — разрыв в коммуникации. Обе стороны перестают слышать друг друга, не говоря уже о понимании. Более того, они не только перестают слушать, но склонны бессознательно искажать восприятие друг друга. Восприятие фильтруется сквозь защитный экран стереотипов — слова другого осмысливаются так, чтобы соответствовать предвзятой точке зрения. Чтобы противодействовать этому взаимному искажению, пациенты должны научиться понимать другого человека и входить в мир его ощущений. Если пациентов, между которыми возник конфликт, попросить поменяться ролями и представить свои взгляды, чувства и аргументы с позиции другого человека, они часто обретают совершенно новую точку зрения на себя и на свой конфликт.

Если двое конфликтующих находятся в клинике уже несколько дней и у терапевта есть данные о том, что раньше они испытывали друг к другу положительные чувства, тогда у него появляются дополнительные рычаги воздействия.

Например, на одной групповой встрече Мэтт и Рут, которые прежде проводили много времени друг с другом, вступили в серьезный конфликт. Рут сердилась на Мэтта в течение двух дней и отказывалась разговаривать с ним.

На встрече группы Мэтт сказал, что он хочет проработать их конфликт, но Рут отказалась, заявив, что это

«не то место», где она могла бы разговаривать с ним. Она обосновала свой отказ тем, что Мэтт несколько раз за последнее время допускал взрывы гнева, и она стала его бояться. Его грубость по отношению к ней два дня назад была последней каплей. Она пришла к выводу, что лучше всего просто больше не общаться с ним.

Терапевт почувствовал, что Рут решила «вычеркнуть» Мэтта, и спросил, так ли это и насколько долгий приговор она собирается ему вынести. Рут ответила, что, возможно, приговор будет пожизненным, и, отвечая на вопросы других членов группы, включилась в обсуждение своей склонности к таким приговорам. Оказалось, для нее было совершенно обычным делом постоянно «списывать людей со счетов».

Мог ли Мэтт сделать что-нибудь, чтобы «сократить срок» своего приговора? Казалось — ничего! Мэтт поинтересовался, есть ли в нем еще что-то, что привело ее к решению закрыться от него? Рут ответила, что она сама во многом нуждается, но постоянно видит, что Мэтт требует еще больше, а она не чувствует в себе желания постоянно находиться в положении дарителя по отношению к человеку, которому нечем отплатить ей. Мэтт возразил, что накануне он увидел, как Рут вдруг согнулась пополам от боли, и ему ужасно хотелось что-нибудь для нее сделать. Он думал было поиграть для нее на гитаре, чтобы утешить (он был прекрасным музыкантом), но не решился — и даже не попытался предложить, потому что «знал, что Рут велит ему заткнуться». Тогда и другие члены группы стали говорить, что бывали моменты, когда им хотелось помочь Рут, но они боялись, что их предложение будет воспринято как непрошеное вмешательство, а не как забота.

Эта встреча началась с конфликта, но закончилась важным исследованием ключевых вопросов — как для Мэтта, так и для Рут. Мэтт узнал нечто очень существенное о воздействии его гневных вспышек на других людей, в особенности тех, кто был для него важен. Рут получила ценную информацию о своих непримиримых суждениях и о том, как она лишает людей потенциальной возможности оказать ей поддержку и помощь.

Другой способ разрешения конфликтов — помочь членам группы избегать глобальных обвинений, осуждения или неодобрения. Когда два человека находятся в конфликте и засыпают друг друга упреками, конфликт неизбежно становится неконструктивным и расстраивает участников. Важно заставить пациентов свернуть с пути глобальных обобщений о неприязни к другому человеку *как личности* и вместо этого помочь им высказать, какие именно качества или тип поведения этого человека им не нравится. У сформулированной таким образом критики гораздо больше шансов стать конструктивной. Ведь услышать критику в адрес какого-то аспекта твоего поведения или личной особенности — это гораздо менее болезненно, чем услышать, что тебя отвергают целиком. Более того, в такой конструктивной критике присутствует дополнительное сообщение о том, что поведение можно изменить, что человек может сделать что-то, чтобы исправиться в глазах другого.

Хорошо если терапевт подтолкнет «обвинителя» к самоизучению. Когда один человек резко критикует другого, терапевт может помочь первому понять, какой части его собственной личности не нравится такое поведение другого человека. «Какой именно голос

внутри вас озвучивает такую позицию?», «Есть ли другие стороны вашей личности, которым по душе такое поведение, или которым нравятся другие качества этого человека, о которых мы еще не упомянули?»

«Прозрачность» терапевта

Прозрачность (то есть самораскрытие) терапевта имеет криволинейную связь с результатом лечения: как ее недостаток, так и избыток *негативно* связаны с хорошим результатом. Здесь тоже работает правило «золотой середины» — существует оптимальный уровень прозрачности терапевта.

Большинство терапевтов стационарных групп, в особенности те, кто изначально проходил подготовку к долговременной амбулаторной психотерапии, ошибаются, раскрываясь слишком мало. Я уже подчеркивал, что терапевты в стационарной группе должны проявлять большую поддержку, активность и более структурированный подход. Но они должны и больше самораскрываться.

Самораскрытие терапевта: а почему бы и нет?

Главный идеологический барьер самораскрытия терапевта группы — убежденность в том, что терапевт, подобный «пустому экрану», усиливает терапевтический процесс. Это убеждение основано на традиционной психоаналитической легенде о том, что основным исцеляющим фактором является разрешение переноса на терапевта со стороны пациента. Психоанализ пред-

полагает, что пациент будет связан с терапевтом благодаря переносу, а терапевт при этом останется непроницаемым, а через разрешение этого переноса произойдет терапевтическое понимание и изменение. Но, как я уже говорил в другой работе [23], очень мало свидетельств, поддерживающих эту гипотезу. Прежде всего, перенос — это устойчивый организм! Пациент будет воспринимать терапевта в нереалистической, трансферентной манере независимо от того, как терапевт себя подает.

Второй, и еще более важный момент. Сохраняя отстраненную, надличностную маску, терапевт приносит в жертву многие потенциально действенные возможности терапии. Я считаю, что традиция сохранения непроницаемости со стороны терапевта служит скорее его собственному душевному комфорту, чем терапевтической эффективности.

В группе терапии кризисного стационара представление, что терапевт стационарной группы должен сохранять невозмутимость, чтобы не помешать переносу, вообще не имеет никакого смысла.

Здесь терапевт должен действовать таким образом, чтобы облегчить достижение группой ее целей, полезных для пациентов. Ни одна из целей стационарной группы терапии (продолжение постгоспитальной психотерапии; усвоение того, что беседа помогает; определение проблем; вовлечение в психотерапевтическую программу клиники; облегчение ятрогенной тревожности) не становится ближе благодаря невозмутимости терапевта. Наоборот, его самораскрытие ощутимо ускоряет работу стационарной группы.

Типы самораскрытия терапевта

Логическое обоснование самораскрытия терапевта состоит не в том, что само по себе раскрытие должно приветствоваться как главный принцип терапии. Оно должно быть инструментом, должно упрощать достижение первичных терапевтических целей. Этот генеральный принцип позволяет представить природу и пределы самораскрытия.

«Тотальная» прозрачность со стороны терапевта невозможна и нежелательна. Терапевты должны раскрываться таким способом, который обеспечивает пациентам поддержку, принятие и поощрение, и делать они это могут через выборочное самораскрытие. Ваша задача — не быть фабрикой по производству позитивных чувств, но замечать и выражать свои позитивные чувства и признание сильных сторон пациента.

Невозможно работать с психотиками, не испытывая бурных личностных реакций: страха, недоумения, глубокого уныния, жалости, гнева и, по временам, даже ненависти. Раскрывать такие сильные чувства в группе, когда вы пытаетесь внедрить ощущение безопасности и принятия, явно противопоказано. Самораскрытие должно стоять на службе первичных целей терапии.

Пациент, который отчаянно нуждается в поддержке, не получит никакой пользы, услышав о неприязни или недоверии к нему терапевта.

Павшим духом пациентам не принесет пользу обсуждение терапевтом с другими пациентами их деморализованности или уныния. Нуждающимся в структуре пациентам не пойдут на пользу комментарии терапевта относительно их глубокого недоумения или смущения.

ния. В другой работе я описывал амбулаторную группу, сформированную и ведомую двумя терапевтами, приверженцами идеи терапевтической прозрачности [24]. С самого начала работы группы они неуклонно придерживались принципа честности. На первых же встречах они открыто выражали свою неуверенность в групповой терапии, сомнения в себе, персональную тревожность. Однако, поступая таким образом, они саботировали важные терапевтические задачи: сохранение и поддержку группы, развитие доверия терапевтическому процессу и формирование сплоченности группы. Большинство членов этой амбулаторной группы бросили занятия после первых нескольких сеансов.

Одна из первостепенных задач терапевта – построение группы, которая фокусируется на межличностном взаимодействии «здесь и сейчас». (Позже я коротко расскажу о деталях соответствующих терапевтических стратегий.) Этой задаче отвечает еще одна грань самораскрытия. Терапевт, который раскрывает чувства, возникающие «здесь и теперь» (а не события своей прошлой или нынешней личной жизни), эффективнее облегчает продвижение группы. Многие из этих общих утверждений относительно самораскрытия станут более ясными в последующих клинических примерах.

Преимущества самораскрытия терапевта

Моделирование поведения

Разумное самораскрытие со стороны терапевта обеспечивает пациентам блестящий пример для подражания – пример искренности и способности пойти на риск. Рассмотрим один сеанс, на котором группа никак не могла начать работать.

Попытка самоубийства, случившаяся в клинике накануне вечером, настолько выбила всех из колеи, что пациенты в течение всего дня оказывали огромное сопротивление любым видам терапевтической деятельности. После нескольких минут молчания и пары «фальстартов», терапевт раскрыл участникам группы свои чувства. Он сказал, что его очень расстроила попытка самоубийства Джоан и что он мучается вопросом, не мог ли он что-нибудь сделать, дабы предотвратить его. Ему кажется — хотя он и понимает, что это иррационально — что он мог уловить какие-то намеки со стороны Джоан, если бы слушал ее более внимательно. Терапевт также упомянул о том, что не может не сердиться на Джоан — в основном за то, что она не позволила другим помочь ей, но еще и потому, что эта попытка самоубийства, как ему кажется, была сделана назло врачам. В данном случае самораскрытие со стороны терапевта помогло группе быстро погрузиться в исполненную доверия, сплоченную дискуссию. Пациенты делились своими собственными реакциями на попытку самоубийства с откровенностью и прямоотой.

Рассмотрим пример другого сеанса.

В самом начале встречи терапевт подобрал с пола жившего в клинике кота Дадли и вынес его из комнаты. Он объяснил группе, что очень переживает из-за смерти своей кошки, которая случилась за неделю до нынешней встречи, и присутствие Дадли в комнате, напоминая о ней, слишком отвлекало бы его. Этот простой поступок имел огромные последствия. Дело было не только в том, что работа группы во время встречи отличалась необыкновенной доверительностью и эффективностью. Сессия произвела такое впечатление на пациентов, что они неоднократно вспоминали о ней впоследствии. В то время в клинике

проходило исследование, в ходе которого пациентов спрашивали, помимо прочего, о происшествиях, имевших критическое значение для их психотерапии. Очень многие пациенты упоминали об этом случае самораскрытия терапевта как о событии, имевшем для них огромную важность.

Самораскрытие терапевта, кроме того, обеспечивает хороший пример пользования социальными навыками. Пациенты могут затем обдумать ситуацию и, возможно, примерить на себя. Распространенный прием, которым вы можете воспользоваться, взаимодействуя с пациентом, неохотно идущим на беседу — рассказать о собственной дилемме. Например, можно сказать: «Крис, когда я разговариваю с вами, у меня возникает двойственное чувство. С одной стороны, мне бы очень хотелось слышать от вас побольше реплик, поэтому я продолжаю склонять вас к активному участию в группе. Одновременно я чувствую неловкость из-за того, что, возможно, слишком на вас даю, пристаю к вам, вторгаюсь в вашу частную жизнь — и мне важно, чтобы вы об этом знали». Такое замечание демонстрирует многие качества, которые могут оказаться ценным подспорьем в социальном взаимодействии: честности, равнодушия, внимания к другому.

Как повысить доверие пациента к процедуре терапии

Пациенты будут испытывать большее доверие к терапевтической процедуре, если увидят, что терапевт сам готов принять участие в той же процедуре. Например, на одной встрече терапевт разговаривал с новой паци-

енткой, пытаясь помочь ей влиться в группу и начать взаимодействовать с ней. Но их разговор продвигался с большим трудом. Пациентка сопротивлялась, терапевт прикладывал все больше усилий и начал ощущать легкое раздражение. Вскоре терапевт и пациентка оказались в дискомфортном тупике. Тогда он обернулся к остальной группе, вслух признал свое поражение и поинтересовался, не поможет ли группа ему и Эдне понять, что между ними двумя происходит. В особенности его интересовала обратная связь относительно его роли в создании этого тупика.

Среди последовавших комментариев был и такой, который указывал, что терапевт оказал на Эдну слишком сильное давление. В конце концов, Эдна двое суток провела в постели из-за гриппа, это была ее первая встреча, она была больна и напугана. Со стороны казалось, что терапевт не только не прочувствовал ее ситуацию, но, наоборот, упорно настаивал, чтобы она делала то, что он от нее хочет. Терапевт принял это замечание; он задал уточняющий вопрос Эдне, которая согласилась, сказав, что именно это она и ощущала. Терапевт ответил, что для него очень важно было это услышать, потому что он порой становится чересчур агрессивным в своем энтузиазме и склонен упустить из виду состояние пациента.

Поведение терапевта облегчило работу группы. Пациенты почувствовали свою состоятельность. Терапевт выслушал их и с уважением отнесся к их реакции. Более того, он продемонстрировал свою веру в терапевтическую процедуру обратной связи – веру, которая поощрила пациентов к тому, чтобы испытать эту процедуру на себе.

Как способствовать пониманию между пациентом и терапевтом и усилить доверие к личности терапевта

Итоговые собеседования с пациентами подтверждают, что разумное самораскрытие со стороны терапевта помогает пациентам чувствовать большее доверие и комфорт в присутствии групповых терапевтов и других авторитетных фигур. Оно также имеет положительные последствия для их последующей работы с будущими терапевтами.

Рассмотрим клиническую иллюстрацию. Терапевт открыл сессию таким заявлением: «Я бы хотел начать сегодняшнюю встречу с разговора о том, что меня тревожит. Я ощущаю неловкость перед группой из-за результатов прошлого сеанса. Линда и Нэнси пришли на вчерашнюю встречу с желанием поработать, и я помог им исследовать некоторые важные проблемы, но обе они завершили встречу, испытывая сильный дистресс — в гораздо худшем состоянии, чем в ее начале. Я считаю, что мне нужно поговорить с ними об этом и попытаться понять, что вчера можно было сделать по-другому и как нам работать сегодня, чтобы к концу сеанса никто из вас не стал чувствовать себя хуже, чем в его начале».

Реакция группы на это вводное заявление со стороны терапевта была весьма положительной. Линда ответила, что, действительно, вчера на исходе встречи она чувствовала себя ужасно, но надеется, что сегодня ей удастся как-то с этим справиться. Ее скверное вчерашнее настроение связано с тем, что она рассказала о себе так много «отвратительных» подробностей. В результате она уходила, совершенно убежденная, что

остальные члены группы сочтут ее настолько мерзкой, что даже не захотят больше с ней общаться. Переговорив с одной из медсестер, она решила, что сегодня ей обязательно нужно выяснить у других, верны ли ее ощущения.

Нэнси тоже заявила, что ее расстроила вчерашняя встреча, — но ее переживания были важными и в конечном счете положительными. Она соприкоснулась со своими чувствами, которые не желала исследовать в прошлом, и вечером того же дня у нее состоялся особенно продуктивный сеанс с личным терапевтом. Остальные члены группы выразили свое одобрение терапевту, который так о них беспокоится, и остаток встречи прошел в необычно доверительной и конструктивной атмосфере.

Еще один пример. Пациентка по имени Карен очень боялась терапевта, но при этом была очень на него сердита. Встречу она начала в чрезвычайно раздражительном состоянии, была «не в себе». С подачи терапевта она заявила, что хочет поработать над своей раздражительностью. Терапевт провел около 20 минут, пытаясь помочь ей исследовать чувство гнева, в особенности по отношению к нему и к другим людям, облеченным некой властью. Эта работа оказалась совершенно непродуктивной из-за страха и пассивной агрессивности Карен. В конце концов терапевт сместил фокус внимания группы на других пациентов. В резюме встречи Карен сердито выговорила терапевту за то, что он ее прервал: его решение — перейти к другим вопросам — послужило для нее доказательством ее собственной незначительности и недостойности.

Терапевт ответил: «Я ценю, что вы высказали это, Карен. Я знаю, как вам трудно критиковать меня. Но, может быть, было бы лучше для дела, если бы вы смогли пред-

ставить себя на моем сегодняшнем месте в группе. Прежде всего, в группе присутствовали 9 человек, 3 из которых сегодня выписываются из клиники — и это накладывало на меня определенные обязательства. Я должен был попытаться сделать как можно больше для максимального количества людей. Я, как мог, старался помочь вам исследовать свои чувства — но притом ощущал ваш глубокий дискомфорт и то, что я не только не помогаю, но и подталкиваю вас в направлении, в котором вы не хотите двигаться. Прошло 20 минут, и я понял, что необходимо позаботиться об остальных членах группы, поэтому и переключился на них. Но это переключение никоим образом не означает, что я не испытываю к вам интереса».

На следующий день Карен сказала, что комментарии терапевта оказались для нее полезны, он показался ей более человечным, и она впервые за все время задумалась о том, каково это — быть терапевтом.

Раньше я уже говорил, как важно, чтобы терапевт транслировал пациентам чувство уверенности и компетентности. Одним из способов создания структуры служит отчетливое чувство вашей личной терапевтической стратегии и способность быть недвусмысленным и последовательным в заявлениях и действиях. Это *не означает*, что терапевт должен пытаться предстать безупречным. Хорошее моделирование поведения предполагает и ваше умение признавать ошибки, и даже поощрять пациентов к открытому обсуждению критики в ваш адрес.

Обдумайте следующую клиническую ситуацию.

Терапевт вел группу, за которой часто наблюдали другие терапевты и студенты. Пациенты знали об этом и получили заверения, что никто из людей, лично с ними знако-

мых, не будет допущен к наблюдению за группой без их разрешения. Разговаривая после одной из встреч с наблюдателями, терапевт случайно узнал, что женщина, которая пришла наблюдать этот сеанс, оказалась знакома с Альмой, одной из пациенток. Год назад Альма записалась на образовательные курсы по воспитанию уверенности в себе, которые вела женщина-наблюдатель, и между ними были очень недолгие официальные взаимоотношения.

Поскольку в клинике в то время было весьма беспокойно из-за присутствия нескольких пациентов с острыми расстройствами, а также потому, что сама Альма была в серьезном кризисе, терапевт принял решение (как после оказалось — непредусмотрительно) просто «замять» или замолчать этот инцидент и не обсуждать его в группе и с Альмой. Эта дама больше не планировала наблюдать группу, ее взаимоотношения с Альмой не были по-настоящему личными, и терапевт пришел к выводу, что группа и без того слишком взбудоражена, чтобы нагружать ее еще и этой проблемой. Помимо прочего, он стеснялся своей небрежности. Ведь он не проинструктировал наблюдателей, чтобы они вышли из комнаты, если окажется, что они знакомы с кем-то из пациентов в ином качестве.

По «закону подлости» одна из медсестер, которая не знала о решении терапевта, проходя мимо Альмы, вскользь упомянула о том, что ее прежняя преподавательница находилась в комнате для наблюдателей. На следующий день Альма поймала терапевта прямо перед началом сеанса и попросила уделить ей несколько минут после встречи группы, чтобы поговорить об этом инциденте.

Сеанс группы в тот день отличался выраженной уклончивостью и незаинтересованностью части пациентов. Терапевт пришел к выводу, что пожинает результат его собственного избегания проблем, и принял решение

открыто разобраться с этим вопросом в группе. Он попросил Альму рассказать группе о сложившейся ситуации и чувствах, которые у нее возникли. После этого он с абсолютной искренностью заговорил о своей роли в этой ситуации. Признался, что совершил ошибку и пытался скрыть ее в надежде, что это пройдет незамеченным. Теперь, оглядываясь назад, он понимает: было бы гораздо лучше открыто обсудить этот вопрос с Альмой, не надеясь, что «и так сойдет».

Терапевт помог пациентам зайти даже дальше, чем они решились бы сами, и охарактеризовал ситуацию как настоящий кризис доверия к нему. *Я снова убедился, сказал терапевт, что всякий раз, как я пытаюсь что-нибудь скрыть, это дает обратный эффект.* Инцидент лишь усилил его решимость быть искренним с пациентами.

В результате такого самораскрытия доверие пациентов к терапевту возросло, а не уменьшилось. Его умение признавать ошибки и готовность обсуждать свои чувства поощрили пациентов идти на риск в ходе работы группы. Одна пациентка, которая занималась в группе уже 5 дней, рассказала, что ее близкая подруга оказалась хорошо знакома с терапевтом, и поэтому сама она опасалась откровенничать в группе, чтобы терапевт не пересказал их общей знакомой то, о чем она здесь говорила. Открытость терапевта в разговоре с Альмой позволила ей обсудить эти опасения и обрести уверенность в том, что он будет сохранять конфиденциальность.

«Прозрачность» терапевта и обратная связь

Личные реакции терапевта на пациентов составляют бесценный источник данных, и ими терапевт должен разумно делиться. Обратная связь со стороны тера-

певта — влиятельная информация, и подавать ее надо на фоне поддержки, оказываемой пациентам.

Рассмотрим клиническую иллюстрацию.

Эстер была отстраненной, холодной, интеллектуальной и весьма материалистически настроенной бизнес-леди. Она непрерывно говорила о своей работе, о разнообразных сделках с недвижимостью, о том, в какую сумму ей обошлась ее депрессия, как муж пытался ограбить ее в ходе бракоразводного процесса и так далее. Членов медицинского персонала чрезвычайно расстраивала работа с ней, потому что любое замечание, которое ей делали, вызывало ответ, так или иначе связанный с ее *idée fixe* по поводу материальной собственности.

На одном групповом сеансе терапевт пробил ее защиту следующим комментарием: «Эстер, я много думал о вас и хотел бы поделиться возникшей у меня фантазией. Всякий раз, когда я думаю о том, чтобы лучше познакомиться с вами, попытаться стать ближе к вам, у меня появляется визуальный образ всякого рода материальных благ, стоящих между нами, — домов, машин, мебели и тому подобного. Всякий раз, как вы в группе заговариваете о материальных благах, я чувствую, что вы воздвигаете между нами некий барьер. Не могу сказать, возникает ли такая реакция у других, но с моей стороны это очень стойкое чувство».

Та же общая стратегия позволит терапевту обеспечивать обратную связь в широком спектре ситуаций.

Возьмем, например, пациента с Obsessive Compulsive Disorder, который непрерывно разглагольствует об устоявшемся наборе тревог. Наиболее эффективный рычаг, который терапевт мо-

жет привести в действие, — это настойчиво указывать, какие чувства вызывают у слушателя слова пациента.

Подумайте, например, о таком комментарии: «Джон, я хочу вам кое-что сообщить. Несколько раз во время сегодняшнего сеанса я пытался найти к вам личный подход и вовлечь вас в какой-нибудь разговор. Но спустя пару минут каким-то образом оказывалось, что вы вновь говорите о своих неудачах в бизнесе и связанных с ними проблемах. Я понимаю, что эти вопросы для вас важны — но, тем не менее, когда вы отказываетесь разговаривать со мной о чем-либо, кроме бизнеса, я ощущаю себя совершенно выключенным из вашего мира. Могу только представить, что, если бы я был вашим другом вне клиники, я в результате такого отпора с вашей стороны рано или поздно наконец сдался бы и перестал поддерживать с вами отношения. Я хотел бы спросить, не происходит ли так на самом деле в вашей жизни и не это ли причина того, что вы оказались в полной изоляции?»

Или давайте рассмотрим слова терапевта, обращенные к другому пациенту.

«Генри, у вас замечательный дар владения словом. Вы прекрасно излагаете свои мысли, и мне очень нравится слушать вашу речь. Но если я буду просто продолжать вас слушать, то вряд ли смогу быть вам полезен, как мне кажется, — и по этому поводу я хочу сказать одну важную вещь. Нередко — например в последние 3—4 минуты — у меня возникает стойкое ощущение, что ваши слова, предложения и фразы встают на пути наших возможных взаимоотношений. Судя по опыту, когда я пытаюсь сблизиться с вами, вы тут же начинаете говорить. Поверьте, ваши речи меня очень увлекают, но вместо того, чтобы почувствовать себя ближе к вам, я в конце концов

чувствую, что еще больше отдалился, как будто из ваших слов и фраз образуется некая стена. Догадывались ли вы об этом? Вы уверены, что хотите взаимодействовать со мной именно так?»

В каждом из этих примеров использована одна и та же стратегия. Терапевт дает понять, что он хочет сблизиться с пациентом, но вербальное поведение пациента таково, что терапевт чувствует себя отстраненным. Сосредоточиваясь на стремлении к человеческой близости, естественном для каждого человека, терапевт может обеспечить пациентам важную обратную связь. Причем, будучи представлена другими способами, она могла бы быть воспринята как нападки или отвержение.

Заметьте также, что указанные два комментария следуют еще одному важному принципу в обеспечении обратной связи. Человеку, который обеспечивает обратную связь, следует комментировать преимущественно свои личные чувства, а не выдвигать догадки по поводу *мотивации* пациента. Иными словами, предпочтительнее сказать «Когда вы так говорите, я чувствую себя исключенным из разговора», чем «Вы исключаете меня из разговора». Последнее утверждение часто провоцирует защитную реакцию и побуждает собеседника закрыться. Первое же невозможно отрицать или ответить нападением. Ведь в конце концов, говорящий просто комментирует личные чувства и реакции, на которые имеет полное право.

Подведем итоги. Благодаря разумной степени прозрачности терапевта можно многое выиграть и ничего не потерять. Терапевт подает пациентам пример адаптивного социального поведения; доверие пациентов к терапии и ведущему возрастает; пациент чувству-

ет себя оцененным; терапевт оказывается способным оказать ему более человеческую поддержку и снабдить его ценной обратной связью.

Заключение

Терапевты, ведущие стационарные группы, руководствуются иными стратегическими соображениями, чем групповые терапевты, действующие в другой обстановке. Им приходится действовать в совершенно иных временных рамках: продолжительность жизни группы терапии здесь нередко состоит из одного-единственного сеанса. Поэтому терапевты стационарных групп должны быть более активны и эффективны в своей работе. Небольшая продолжительность терапии и острота патологии требуют подхода структурного по своей сути и определенно поддерживающего. Терапевты способствуют фасилитации работы группы, проявляя активность, эффективность, структурированность, оказывая поддержку и следуя – в разумных пределах – принципу прозрачности.

Остается еще один основополагающий принцип терапевтической техники в стационарной группе, к которому я сейчас перейду, – терапевт стационарной группы должен уметь эффективно работать «здесь и сейчас».

Глава 4

Стратегии и техники руководства: принцип «здесь и сейчас»

В главе 2 я приводил некоторые базовые принципы, лежащие в основе традиционной амбулаторной группы терапии, в том числе принцип «здесь и сейчас». В этой главе я буду говорить о том, как руководитель стационарной группы может эффективно работать «здесь и сейчас».

Прежде всего, вспомните, что понятие «здесь и сейчас» в психотерапии подразумевает фокус на событиях текущего терапевтического сеанса – то есть на том, что происходит *здесь* – в комнате для терапии и *в настоящее время*. Фокус «здесь и сейчас» снимает акцент с перипетий прошлой жизни пациента или его текущей жизненной ситуации.

Nota bene: я говорю лишь «*снимает акцент*». Это не означает, что прошлая история или нынешняя жизнь

пациента несущественны или не важны. Каждая личность в значительной степени вылеплена историческими событиями своей жизни. Человеку приходится жить во внешнем мире; и очевидно, что эффективная терапия должна помогать ему с большим комфортом адаптироваться к его реальной жизненной ситуации. Но дело в том, что группа терапии не может помочь пациенту, фокусируясь на его прошлой истории или его «внешних» жизненных проблемах. Фокус «здесь и сейчас» максимизирует эффективность группы терапии, он – ее энергетический элемент.

Обоснование подхода «здесь и сейчас»

Фасилитация межличностного обучения

Почему столько шума вокруг принципа «здесь и сейчас»? Какой вклад он может внести в терапевтические перемены? Чтобы ответить на эти вопросы, я сперва должен представить вам два основных допущения, в которых усомнились бы очень немногие клиницисты¹. Первое: психопатология в определенной степени, вероятно – в очень большой степени, основана на межличностных проблемах. Несмотря на то, что разные люди обращаются за терапией с различными симптомами, терапевты считают, что во всей симптоматике существует межличностный компонент. Это – ключевое допущение межличностной теории психопатологии, и оно ведет к выводу о том, что терапевты долж-

¹ Более полное изложение этой темы см. в моей книге «Теория и практика групповой психотерапии» [1]. – *Прим. автора.*

ны лечить не проявляющийся симптом, а лежащую в его основе межличностную патологию.

Второе допущение. Межличностная патология пациента в небольшой группе терапии как бы проигрывается заново. Неважно, в чем заключаются межличностные трудности пациента — будь то высокомерие, агрессия, зависимость, жадность, нарциссизм или любой из бесконечного числа неадаптивных способов общения с людьми — эти трудности обязательно проявятся в его поведении в группе терапии. Таким образом, группа становится своеобразной «биопсией» межличностного поведения пациента, социальным микроскопом для каждого из пациентов в группе.

Если два эти положения верны, тогда логическое обоснование принципа «здесь и сейчас» становится очевидным.

Чтобы обнаружить природу базовой патологии личности, терапевту не нужно получать от пациента детальный отчет об истории этой патологии.

Все данные, которые действительно требуются терапевту для определения основных трудностей пациента, проявляются в процессе занятий группы. Любой пациент воспроизводит свои неадаптивные межличностные шаблоны в ходе сеансов групповой терапии. Более того, в группе присутствуют несколько наблюдателей его поведения, каждый — со слегка иной точкой зрения. Таким образом, образуется чрезвычайно богатый свод данных, и задача терапевта — разобраться в них и сделать их доступными для пациента. Помогая отдельным пациентам увидеть себя так, как их видят другие, и понять свои неадаптивные способы общения в группе, терапевт поможет пациентам осознать,

что пошло не так в их личной жизни и индивидуальном социальном мире в целом.

Фокус «здесь и сейчас» предоставляет для пациента не только бесценный источник информации, но также безопасную арену, где можно экспериментировать с новыми типами поведения. Одна из причин фиксации определенных форм поведения — развитие у человека устойчивых пагубных фантазий: он убежден, что, если будет вести себя по-другому, произойдут какие-то крайне неприятные события. Например, человек угодливый и пассивный, скорее всего, воображает, что, если он будет вести себя более уверенно (например, будет не соглашаться с собеседником, перебивать, требовать для себя больше времени или выражать гнев), то пострадает от крайне неприятных последствий (например, отвержение, агрессивное возмездие, насмешки). Если есть желание добиться перемен, то эти пагубные фантазии следует развенчать. Но их развенчание должно быть основано на опыте: ведь подобные конструкции опираются не на логику, и никакие интеллектуальные прозрения их рассеять не помогут.

Эффективный терапевтический механизм состоит в том, что человек испытывает на практике способы поведения, которые вызывают у него страх, — и обнаруживает, что его фантазии не осуществились.

Это мощный терапевтический момент — когда впервые в жизни человек действует уверенно и встречает со стороны окружающих не гнев или отвержение, а принятие, возросшее уважение и большую симпатию.

Однако в обычном социальном окружении человека испытывать новые типы поведения крайне трудно. Риск слишком высок: могут пострадать ценные взаимоотношения; могут отвернуться люди, от которых

человек зависит; у человека нет никакой гарантии, что он получит искренние, ненаигранные реакции со стороны других. Работа «здесь и сейчас» в группе терапии – бесконечно более безопасное место для экспериментов с новым поведением. Складывающиеся взаимоотношения реальны, но в то же время все происходит как бы «понарошку». Участники группы важны для человека в данный момент – но не сыграют ведущей роли в его будущей жизни. Более того, фундаментальное правило группы терапии гласит: что бы ни произошло, ее члены будут продолжать общаться друг с другом. Присутствие терапевта еще больше снижает риск. Пациент уверен в том, что рядом находится поддерживающий его человек, который будет отслеживать реакции на его изменившееся поведение.

Успехи в группе терапии вскоре распространяются на «внегрупповое» поведение. Терапевт группы, как правило, допускает, что такой перенос умений происходит автоматически: после того, как пациенты успешно опробуют новый тип поведения в группе, они постепенно производят аналогичные изменения в своем поведении в других местах. Некоторым пациентам не удастся произвести эту перемену, и терапевт должен уделять более пристальное внимание процессу переноса знаний из внутригрупповых ситуаций во внешнюю жизнь.

Фасилитация прочих целительных факторов

Фокус «здесь и сейчас» не только упрощает межличностное обучение, но также дает «зеленый свет» прочим целительным факторам групповой терапии.

Сплоченность

Если вы хотите добиться сплоченности в малой группе терапии, надо следовать двум критериям.

- 1. Члены группы должны переживать ее деятельность как действительно полезную.**
- 2. Члены группы должны воспринимать задачу группы как персонально важную и видеть, что группа эффективно продвигается по направлению к осуществлению этой задачи.**

Фокус «здесь и сейчас» удовлетворяет обоим критериям. Основанная на взаимодействии группа всегда бывает живой, присущая ей задача – стимулирующей. Члены группы глубоко вовлечены в процесс: подавляющее большинство их участвует в каждом взаимодействии, и ни один из них в любой отдельно взятый момент не находится на периферии деятельности группы. Более того, если терапевт адекватно подготавливает новичков группы, то насыщенность фокуса «здесь и сейчас» воспринимается с легкостью.

Главные послы просты: у пациентов имеются значительные межличностные проблемы, и их можно понять и решить, изучив внутригрупповое поведение пациентов. Даже если пациент утверждает, что он попал в клинику по совершенно другим причинам – скорее биологическим или социальным (галлюцинации, депрессия или потеря работы), он, как правило, способен признать, что вдобавок к этим проблемам в его межличностных отношениях существуют сложности, которые ему хотелось бы преодолеть, и поэтому имеет смысл использовать группу для того, с чем она лучше всего справляется – то есть для коррекции неадаптивного межличностного поведения.

Группа, работающая по принципу «там и тогда», не удовлетворяет этим критериям. В таких группах редко развивается значительная сплоченность. Как правило, подобная группа сосредоточивается на внешних проблемах пациента, которые привели к госпитализации. Здесь пытаются заниматься разрешением проблем — попытка, которая всегда оказывается безуспешной, потому что данные бывают представлены группе деморализованным, предвзятым свидетелем. И недостаток времени не позволяет как следует сосредоточиться на проблемах более чем 2–3 членов группы. Поэтому многие пациенты остаются незаинтересованными и не участвуют в работе. В итоге большинство участников оценивают такую группу как бессмысленную и малоуспешную.

Для стационарной групповой ситуации в сплоченности есть еще одно преимущество. Благодаря тому, что члены группы чувствуют себя принятыми и поддержанными группой в ходе небольшого терапевтического сеанса, они склонны продолжать общаться друг с другом в поддерживающей манере в течение остального дня. В результате они чувствуют себя менее одинокими, получают друг от друга больше помощи и охотнее участвуют в иных терапевтических программах клиники.

Альтруизм

Пациенты получают помощь в группе терапии благодаря тому, что помогают другим. Члены группы могут быть полезны друг другу множеством способов. В группе, использующей принцип «там и тогда», они лишь время от времени предлагают решения для ситуационных задач, стоящих перед их товарищами. В группе с

фокусом «здесь и сейчас» возможностей гораздо больше. В частности, пациенты могут обмениваться ценной обратной связью относительно подачи себя перед окружающими. Обратная связь – суть процесса взаимодействия, позже я коротко остановлюсь на вкладе терапевта в этот процесс.

Экзистенциальные факторы

Фокус «здесь и сейчас» особенно эффективен, когда надо помочь пациентам в принятии личной ответственности. Одним из наиболее замечательных свойств малой группы терапии является то, что все в ней как бы «рождаются одновременно». Человек вступает в группу без каких-либо заведомых связей или установившихся шаблонов поведения в общении с другими пациентами и создает в группе собственное межличностное пространство. Искушенный терапевт может помочь каждому пациенту понять, что он сам ответствен за ту нишу, которую для себя создал, и поэтому на нем лежит ответственность за то, как другие видят его и относятся к нему. Все, что происходит с пациентом в группе, – результат его собственного поведения.

Терапевт старается провести пациентов через четкую обучающую последовательность:

1. Каким меня видят другие? (процесс обратной связи)
2. Какие чувства вызывает у других людей мое поведение?
3. Как это поведение влияет на впечатления других людей и мнение обо мне?
4. И наконец, как все это влияет на мое чувство самоценности?

Заметьте, что источник всех этих шагов один – поведение пациента. Последовательность обучения обла-

дает потенциальной способностью помочь пациентам понять, что они лично ответственны за реакции окружающих по отношению к ним, а также за собственную самооценку.

Две стадии переживания «здесь и сейчас»

Фокус «здесь и сейчас», чтобы он был эффективным, должен состоять из двух этапов – двух симбиотических звеньев – ни один из которых не обладает терапевтической силой без другого. На первом этапе – этапе *переживания* – члены группы должны жить в обстановке «здесь и сейчас»: они должны сосредоточивать внимание на своих чувствах по отношению к другим членам группы, к терапевту и группе в целом.

Но фокус «здесь и сейчас», пусть стимулирующий и часто волнующий, сам по себе не является терапевтическим без второго этапа – этапа *понимания*. На этом этапе группе надо помочь осмыслить *опыт ощущений* «здесь и сейчас». Группа должна исследовать себя, изучать свои собственные взаимодействия, она должна стать саморефлексивной и рассматривать то, что только что произошло.

Таким образом, терапевтическое применение этого принципа по природе двойственно: *группа ощущает себя «здесь и сейчас», а затем идет обратно по собственным следам: то есть делает петлю саморефлексии* и исследует то, что произошло.

Двойственность природы опыта «здесь и сейчас» имеет важные последствия для техники терапевта: для этапа переживания требуется один набор методов, а

для этапа саморефлексии — другой. На первом этапе терапевт должен активировать группу и провести ее через переживание «здесь и сейчас». На втором этапе требуются методы фасилитации процесса саморефлексии. Часто мы называем методы второй стадии «объяснением», «разъяснением», «интерпретацией» или «комментарием процесса».

Слово «*процесс*» в психотерапии применяется множеством способов. Я использую его для именованя этого второго этапа в фокусе «здесь и сейчас». «*Процесс*» следует отличать от «*содержания*». Когда индивидуумы взаимодействуют, *содержание* их взаимодействия самоочевидно: оно состоит из слов, которыми обмениваются участники. Но когда мы спрашиваем о *процессе* взаимодействия, мы задаем такой вопрос: что эти слова (то есть данное содержание) говорят нам о *природе взаимоотношений людей, вовлеченных во взаимодействие*? Таким образом, слово «процесс» всегда подразумевает наличие отношений.

Задача терапевта на втором этапе «здесь и сейчас» — прояснить или подчеркнуть какой-то аспект процесса, то есть аспект отношений между членами группы.

В этой книге я даю множество примеров работы принципа «здесь и сейчас». На самом деле, всякое вторжение или замечание терапевта, которое я описываю, соответствует этому принципу. Но не раз я приводил и такие комментарии терапевта, которые сосредоточиваются на внешнем, не относящемся к «здесь и сейчас» материалу. В главе 5 я опишу модель встречи группы терапии, которая открыто ведет своих членов к подходу «здесь и сейчас». Пока же коротко обрисую основные терапевтические стратегии.

Стадия 1: активация переживания «здесь и сейчас»

Самый важный совет, который я могу дать терапевту, чтобы помочь ему ввести группу в условия «здесь и сейчас» — «*думайте*» здесь и сейчас. Иными словами, всякий раз, как группа занята какой-то дискуссией, вы должны про себя размышлять: «Как я могу сместить эту дискуссию в плоскость «здесь и сейчас»?» Вы, подобно пастуху, постоянно собираете вместе отбившихся от стада — заплутавших во «внешнем» материале, в обсуждении прошлых событий своей жизни, в абстрактных интеллектуальных дискуссиях.

Терапевт должен помогать членам группы контактировать на личном уровне, смотреть друг на друга, направлять свои комментарии в адрес друг друга, использовать личные имена. Ваша задача — перенаправлять внешнее на внутреннее, абстрактное — на конкретное, внеличностное — на персональное.

Так, если член группы начинает с абстрактной жалобы (например, «я хотел бы быть более уверенным» или «я слишком легко выхожу из себя»), вы должны отыскать способ трансформировать этот абстрактный комментарий в нечто конкретное — в нечто такое, что вовлечет в работу другого члена группы. Например, можно сказать: «Пожалуйста, оглядите тех, кто сегодня здесь собрался. Кто именно вас раздражает?» Или, если пациент говорит о своем чувстве одиночества и изоляции, вы можете аналогичным образом вернуть пациента в плоскость «здесь и сейчас», задавая вопросы типа: «Каким образом вы отстранились от людей, присутствующих в этой группе? С кем вы пытались сблизиться? С кем вы общались неохотно?» и т.д.

Та же генеральная стратегическая линия сохраняется в отношении всего спектра межличностных жалоб.

Стадия 2: освещение процесса

Если члены группы просто переживают момент «здесь и сейчас» — то есть заняты исключительно выражением своих чувств друг к другу — они будут рассматривать занятия группы как интенсивное, волнующее или сильное переживание, но очень небольшое почерпнут в них и перенесут на другие ситуации. Значительное количество результатов исследований показывает: для того, чтобы польза от группового опыта была существенной, членам группы требуется некая когнитивная система отсчета, которая позволит им осмыслить переживание «здесь и сейчас» [2]. Не столь важно, в терминах какой психологической школы изложено объяснение (например, психоанализ, межличностный или транзакционный анализ или гештальт-терапия), сколько тот факт, что объяснение в принципе будет дано.

Многие примеры освещения процесса были представлены в предыдущей главе.

Возьмем, например, инцидент между Мэттом и Рут. Терапевт «активировал» переживание «здесь и сейчас», попросив этих двоих выразить и озвучить свои чувства по отношению друг к другу. Рут отказывалась разговаривать с Мэттом, и только после долгих поощрений со стороны терапевта она выразила желание высказать в группе свои чувства к нему. Она заявила, что «вычеркнула» Мэтта и отказывается впредь с ним взаимодействовать. Мэтт говорил о своей обиде и злости, вызванных таким отношением к нему со стороны Рут.

Раскрытие этих чувств было первым этапом переживания «здесь и сейчас». В ходе второго этапа — освещения процесса — терапевт помог Рут осознать ее неумение прощать, привычную практику «вычеркивания» людей, а затем поощрил исследовать последствия такого поведения. Она узнала, что Мэтт и другие члены группы часто не желали приближаться к ней из страха, что их «пошлют подальше». В результате склонность Рут к осуждению не давала ей получить поддержку и подпитку от других, которые ей были так нужны. Мэтту, в свою очередь, помогли рассмотреть последствия его поведения, в особенности — как вспышки гнева пугают остальных и заставляют их избегать его.

Или можно рассмотреть пример Питера и Эллен. Этап переживания «здесь и сейчас» состоял в том, что Питер с подачи терапевта сделал в группе одно негативное замечание. Он мягко покритиковал Эллен за то, что она отбирает у группы много времени. Эллен расстроилась из-за его критики, и в результате ее реакции Питер ощутил себя глубоко виноватым.

Остальная часть работы была освещением процесса. Терапевт помог и Эллен, и Питеру исследовать их поведение. Эллен изучила некоторые причины своей крайней реакции — потребность быть любимой всеми, боязнь собственной жадности, свои затруднения, когда надо собраться с духом и попросить что-то для себя и т.д. Питер также исследовал причины своей боязни самоутверждаться и иррациональную природу своих губительных фантазий.

Активация «здесь и сейчас» и освещение процесса живут в симбиозе: они должны сосуществовать, чтобы группа «здесь и сейчас» имела терапевтическую ценность. Между этими двумя этапами существует тонкий баланс. И в зависимости от потребностей группы те-

рапевт может усиливать акцент на одном или другом из них. Например, в амбулаторной группе, состоящей из инженеров, которые склонны пользоваться интеллектуализированными способами защиты, терапевту следует больше сфокусироваться именно на *переживании* «здесь и сейчас» — помочь участникам группы выражать свои чувства по отношению друг к другу, обеспечивать обратную связь, позволить окружающим быть для тебя важными. А в группе, переполненной эмоциями, терапевт может немного снизить их накал, акцентируя как раз *освещение* процесса, и таким образом предотвратит возможные потрясения.

Например, в главе 3 я показал, как терапевт может ограничить конфликт в стационарной группе, немедленно перенаправив группу к интерпретации процесса замечанием типа: «Давайте на пару минут остановимся, вернемся на несколько шагов назад и посмотрим, сможем ли мы понять, что сейчас произошло между Мэри и Джоном».

Особые соображения относительно принципа «здесь и сейчас» в стационарной группе

Хотя базовые стратегии реализации принципа «здесь и сейчас» в стационарной и амбулаторной группе схожи, между ними есть и важные различия. Одним из них является продолжительность терапии: стационарная терапия длится столь недолго, что в ней не может быть проработки межличностной патологии. Терапевт должен удовлетвориться выявлением межлично-

стной проблемы, кратким освещением процесса и поощрением пациентов к тому, чтобы они в постгоспитальной терапии продолжили и закрепили то, что узнали.

Другое важное различие в стратегии продиктовано остротой болезненного состояния госпитализированных пациентов. Члены стационарной группы чувствуют себя хрупкими, нуждающимися или слишком подавленными стрессом, чтобы вовлекать друг друга в ситуацию «здесь и сейчас» и интегрировать данные, возникшие в результате этого взаимодействия. Стационарные пациенты испытывают столь острое чувство дискомфорта, что им требуется прямое и незамедлительное облегчение страданий. Вот почему подход «здесь и сейчас» их часто обескураживает и они ему сопротивляются: он кажется им неконкретным, ненаправленным, несущественным для их персонального дистресса. Более того, их тревожность порой бывает столь высока, что им сложно мириться с волнением, присущим любому взаимодействию лицом к лицу, или усваивать интерпретации, предложенные терапевтом.

Как продемонстрировать значимость происходящего «здесь и сейчас»

Соответственно, терапевт стационарной группы должен изменять свои методы, чтобы справляться с таким уровнем стресса. Следует акцентировать значимость групповой работы для личного жизненного дистресса каждого пациента. В предыдущей главе я показал, как терапевт дает ясное описание рационального смысла групповой терапии в начальной фазе работы группы. Но этим не заканчивается. Во время сеанса терапевт продолжает демонстрировать пациен-

там, что занятия группы могут быть значимы для их «внешних» проблем. В частности, он помогает каждому пациенту осознать параллели между паттернами поведения, проявляющимися в группе, и проблемами, которые существуют в его жизненной ситуации.

Давайте рассмотрим такой клинический эпизод.

Одна пациентка упрекнула Сару, что с ней трудно общаться, потому что она всегда кажется очень отстраненной и высокомерной. Другие члены группы согласились с этим мнением — они тоже пытались сблизиться с Сарой, но та каким-то образом отгораживается от них. Сара ответила: «Да, уж я такая, какая есть. Знаю — меня часто обвиняют в снобизме, но, честно говоря, я просто не заинтересована в близких взаимоотношениях. Кроме того, не думаю, что у меня и других членов группы есть что-то общее, что могло бы впоследствии привести к длительным отношениям».

Ответ Сары был провокационным и мог привести либо к тупику в работе группы, либо к раздраженной реакции со стороны остальных пациентов. Ведь только что их открытым текстом проинформировали о том, что они — недостаточно важные персоны, чтобы что-то значить для Сары. Более того, Сара продемонстрировала отсутствие интереса к дальнейшему изучению этого вопроса, потому что, как она объяснила группе, она оказалась в клинике из-за депрессии. Если остальным трудно общаться с ней, то это их проблема, а не ее.

Терапевт нашел нужный рычаг воздействия, помогая Саре понять связь взаимодействия, происходящего в группе, с ее разочарованием в жизни. Он поднял вопрос: не является ли такая позиция Сары (то есть снобизм и незаинтересованность в близких взаимоотношениях) причиной каких-либо проблем в ее личной жизни. Прихо-

дится ли ей за это расплачиваться? Есть ли что-то в ее способе взаимоотношений с окружающими, что она хотела бы изменить? В то же время терапевт ослабил давление на Сару и ее защитную реакцию. Он отметил, что многие в группе заинтересованы в ней: очевидно, что ее находят привлекательной и желанной собеседницей и жалуют, что не могут с ней сблизиться.

В этот момент Сара явно смягчилась. Она заявила, что всегда была такой и вряд ли могла бы измениться, но ей действительно приходится расплачиваться за такое свое отношение. Ее депрессия была вызвана недавним разводом, она была отчаянно одинока, но при мысли о возможных попытках сформировать новый круг друзей и знакомых ее брала оторопь.

Один из заманчивых вариантов действий терапевта в этой ситуации — помочь Саре исследовать роль, которую ее межличностный стиль мог сыграть в распаде ее брака. Может быть, стиль поведения, который она демонстрировала в группе, — отстраненность, склонность к осуждению и желание, чтобы ее оставили в покое — оттолкнул от нее мужа? Такая линия распросов соблазнительна, но ее следует избегать — это общая тактическая ошибка. Подобный подход сфокусировал бы Сару и всю группу на внешней проблеме — на муже, который не присутствовал в группе и с которым члены группы не были знакомы. Это привело бы к поспешному, поверхностному и, вероятно, неудовлетворительному исследованию провала брака Сары и оставило бы у большинства участников группы ощущение непричастности и разочарования.

Вместо этого терапевт избрал продолжение работы в фокусе «здесь и сейчас». Он подчеркнул, что обратная связь со стороны членов группы может помочь

Саре сформировать новый круг друзей и углубить ее отношения с другими людьми. Он поинтересовался: нет ли в ее жизни других людей, которые чувствуют по отношению к ней то же самое, что и члены группы – то есть их к ней тянет, они хотят с ней сблизиться, но ощущают ее отстраненность, неправильно интерпретируя ее страх как закрытость и снобизм или крайнюю самодостаточность? К этому моменту Сара провела в клинике всего 3 дня, но уже узнала нечто очень важное – что, сама того не осознавая, транслировала людям информацию, мешавшую ей получить от них то, чего она действительно хотела.

Уязвимость пациента

Демонстрация значимости принципа «здесь и сейчас» для решения главных жизненных проблем членов группы повышает их готовность приступить к групповой работе. Создав мотивацию, терапевт должен принять во внимание уязвимость членов группы. Говоря о поддержке со стороны терапевта в главе 3, я подчеркивал чрезвычайно важный руководящий принцип: подход «здесь и сейчас» не является синонимом конфронтации, конфликта, указания на слабости пациентов, вытаскивания наружу сокровенных чувств, деструктивного подхода к человеческим взаимоотношениям по типу «кто боится Вирджинии Вулф?» Напротив, благодаря терапевтическому применению принципа «здесь и сейчас» пациенты чувствуют доверие друг к другу; подчеркивают сильные стороны друг друга; оказывают взаимную поддержку и помощь и взаимно обеспечивают друг друга информацией о том, как каждый из них воспринимается со стороны и какое воздействие оказывает на других.

Обратная связь

Процесс обратной связи (обмен личным восприятием друг друга) — самая суть интерактивного подхода. Терапевт должен уделять серьезное внимание тому, чтобы научить пациентов обеспечивать конструктивную обратную связь другим и использовать ее самим. Члены группы вовлекаются в процесс обратной связи отнюдь не спонтанно и естественно. Это не такое уж распространенное взаимодействие. Между прочим, в реальной жизни очень редко бывают ситуации, где человек может себе позволить свободно комментировать непосредственное поведение другого человека. Обычно такая прямая обратная связь табуирована. Она допустима лишь в отношениях родителей и ребенка, да изредка — в чрезвычайно близких и открытых (или чрезвычайно конфликтных) взаимоотношениях двух людей.

Обычно инициировать процесс обратной связи — задача терапевта. Но если он установил в группе приемлемые для всех нормы, пациенты могут взять инициативу по востребованию обратной связи на себя.

Например, пациент может заявить в начале встречи (см. следующую главу) о своем желании узнать, каким его видят другие или что он делает такого, что отталкивает людей либо пугает их. В таком случае терапевт должен помочь членам группы получить полезную обратную связь. Необходимо для начала побудить пациентов более придирчиво отнестись к своим репликам. Перед тем как дать свой комментарий, они обычно «удобряют почву». Например, начинают так: «Я считаю, что ты классный парень», или «Я думаю, что вы хороший человек», или «Вы мне очень нравитесь», или «Мне кажется, что с тобой приятно

общаться». Руководитель может сделать обратную связь более конкретной и эффективной, спросив того, кто стал ее объектом, что нового он узнал или какие комментарии счел для себя наиболее полезными.

Как правило, такие расспросы помогают авторам комментариев стать более разборчивыми и конкретными в выражениях. И пациент тоже начинает понимать, что хотя очень приятно услышать, что тебя считают «классным парнем» или «хорошим человеком», такие замечания не несут никакой конкретной пользы. Терапевт может подтолкнуть пациентов в верном направлении, рассказав о концепции «слепых пятен». У каждого человека есть стороны и качества, которые окружающие (в данном случае — другие члены группы) видят, а он сам их не замечает. Таким образом, можно принести большую пользу друг другу, рассказав о таких «слепых пятнах». Тогда у членов группы появляется стимул предложить человеку, который запрашивал обратную связь, нечто такое, чего он еще не знает или не осознает в самом себе.

Терапевт может способствовать этому процессу, формулируя инструкции для пациентов в поддерживающей манере. Очень помогает, например, следующий вопрос: «Давайте предположим, что после выписки из клиники вы с Джоном станете соседями по квартире (будете вместе работать, окажетесь вдвоем на необитаемом острове и так далее). Какой аспект поведения Джона мог бы помешать вам развить с ним идеальные взаимоотношения?»

Этот вопрос затрагивает и другой аспект полезной обратной связи. Терапевт помогает конкретизировать ее, чтобы реплики касались конкретных особенностей человека, а не сводились к общим комментариям о его

негативной сущности (такие комментарии редко бывают полезными и, как правило, понижают самооценку и приводят в действие механизмы защиты).

Человеку не приносит никакой пользы высказывание: «Ты просто не кажешься мне привлекательным», или «Я просто не хочу находиться рядом с вами», или «Ты мне не слишком интересен». Несравнимо более полезно услышать от другого о каком-то конкретном аспекте своего поведения, который отталкивает людей или заставляет их избегать вас. Невозможно не сделать для себя полезных выводов из комментария: «Мне очень неуютно разговаривать с тобой, Джо, потому что ты никогда на меня не смотришь. Когда ты уклоняешься от моего взгляда, мне кажется, что тебе неинтересно то, что я хочу сказать или что ты пытаешься избегать меня». Или «Мне не совсем комфортно с вами, потому что вы никогда со мной не соглашаетесь. В результате я не знаю вашего мнения ни по одному вопросу. У меня такое чувство, что вы говорите мне только то, что, по вашему мнению, я хочу услышать», или «Мне не нравится, как ты все время себя высмеиваешь».

Заметьте также, что **все эти примеры обратной связи сосредоточены на чем-то, что пациент явно в состоянии изменить**. Комментарии по поводу неизменяемых аспектов личности (например, физической внешности) оказываются неконструктивными, и в особенности – в краткосрочной внутриклинической работе. В долгосрочной терапии хватает времени на проработку обратной связи на тему физической внешности. В таких группах человек может узнать важную информацию о воздействии его внешности на других и получить, таким образом, более ясное представление о своей манере подавать себя. Кроме того, реаги-

руя на чью-то внешность, можно многое узнать о себе самом. Облик одного и того же человека почти неизбежно оказывает различное воздействие и имеет очень разное значение для разных членов группы. Этот феномен поощряет каждого члена группы исследовать вопрос, почему он реагирует на конкретного человека именно так. Однако в группе кризисного стационара нет времени для такой проработки, и обратная связь на тему негативных аспектов физической внешности почти всегда приводит к защитной реакции и закрытию, а не к раскрытию и обучению.

Терапевты настолько привыкли к принципу обратной связи, что временами могут забыть, что для большинства членов группы это совершенно новый процесс, вызывающий сильное беспокойство. Часто члены группы настолько чувствительны к обратной связи, что «застывают» и перестают внимательно слушать. Они могут искаженно воспринять то, что услышали, и притом волнение настолько захлестывает их, что мешает потребовать разъяснений.

Например, на одном сеансе Карл заявил, что ему кажется, будто Дон постоянно «уходит в себя». Реакция Дона была быстрой и резкой: не прошло и минуты, как он уже всхлипывал, одновременно жалуясь, что люди не ценят то, как глубоко он к ним неравнодушен. Почему, продолжал Дон, хотя он постоянно тянется к другим людям, в награду ему всегда достаются неблагодарность и обвинения?

В этот момент терапевт положил конец этапу переживания «здесь и сейчас» и перевел Дона к этапу освещения процесса. Терапевт отметил, что Дон не дал себе ни секунды подумать и, похоже, сразу же схватился за наилучшую из возможных интерпретаций слов Карла. Возможны ли были какие-то альтернативные варианты пове-

дения? Дон с помощью остальных членов группы обнаружил несколько других возможностей. Во-первых, он мог задать Карлу пару вопросов о том, что он имел в виду под словами «слишком уходит в себя» — просто чтобы быть уверенным, что правильно понял Карла. Во-вторых, стоило попросить об обратной связи со стороны остальных членов группы. Все ли они согласны с наблюдениями Карла или это только его позиция?

Дон выбрал первый вариант и спросил Карла о том, что именно он имел в виду. Дон полагал, что Карл упрекнул его в том, что он (Дон) эгоистичен и думает только о себе; но, как оказалось, тот имел в виду нечто совершенно иное. Карл хотел сказать, что Дон постоянно занят психологическими размышлениями, вечно погружен в проблемы — либо свои, либо других людей. Карл заметил, что Дон никогда не дает себе передышки: он не появляется на волейбольной площадке, не выходит на улицу, чтобы размяться, не играет в игры с другими пациентами, никогда не расслабляется и не веселится.

Этот инцидент оказал глубокое воздействие для Дона, открыв ему глаза на возможность того, что неверное восприятие слов Карла могло быть не отдельным случаем, но отражением его постоянного межличностного стереотипа.

Имейте в виду, что негативная обратная связь всегда обижает людей. Терапевт должен быть чувствителен к таким случаям и помогать пациенту смягчить боль, даже если пациент ее не признает. Рассмотрим такой клинический пример.

Херб — шизоид, очень привлекательный внешне, говорил о своих сложностях в установлении и поддержании близких взаимоотношений, в особенности с женщинами. Он

попросил остальных членов группы обеспечить ему обратную связь, которая помогла бы ему понять, почему у него никогда ничего не получается с женщинами. Лорейн, привлекательная молодая пациентка, страдающая шизофренией, сделала такое пикантное замечание: «Когда я ем устрицу, меня на самом деле интересует ее мясо, а не раковина. Если даже у нее красивая раковина, в зачет идет только то, что внутри».

Херб улыбнулся, формально поблагодарил ее, сообщив, что ее слова его заинтересовали и он тщательно их обдумает. Однако когда работа группы продолжилась, стало ясно, что Херб чрезвычайно озабочен комментарием Лорейн. Он не прислушивался к другим комментариям в свой адрес и устранился от работы группы. Терапевт, несмотря на отрицание со стороны Херба, действовал на основе допущения, что Херба эта обратная связь обидела, и попросил его вернуться назад на 7—8 минут и поделиться с группой тем, что он почувствовал, когда Лорейн заговорила с ним. Херб продолжал закрываться, просто повторяя свои предыдущие слова. Терапевт «поднажал». Он отметил, что на лице Херба в тот момент было выражение сильной обиды.

Наконец Херб сдался: «Ладно — да, именно так я себя и чувствовал. И к тому же — кто бы говорил! Лорейн, вы же в этом отношении ничем не лучше меня».

Терапевт сказал, что он понимает раздражение Херба, но попросил его погрузиться еще на один смысловой уровень. Что крылось под этим раздражением? Херб опять отрицал какие-либо другие чувства. И терапевт выразил их за Херба, сказав: «Окажись я на вашем месте, мне было бы больно, если бы Лорейн мне такое сказала». Херб кивнул, и глаза его наполнились слезами. Терапевт продолжал: «Не могли бы вы пояснить, чем вызваны эти сле-

зы?» Тогда Херб повернулся к Лорейн и сказал: «Лорейн, от твоих слов мне стало очень скверно. Они заставили меня почувствовать, что внутри я — ничто, и это ужасно больно!» Лорейн мгновенно отозвалась: «А вот теперь мне нравится и мясо, и раковина!»

Исследование этой обратной связи было для Херба очень важным взаимодействием. Его способность выразить вслух боль и обиду оказалась, к его великому удивлению, тем самым качеством, которое заставило Лорейн почувствовать себя ближе к нему и увидеть в нем привлекательные черты. Он усвоил кое-что очень важное. Ведь Херб просил группу помочь ему понять, почему его взаимоотношения с женщинами всегда заканчиваются неудачей. Он узнал, что, занятый поддержанием блеска своей «внешней раковины», он подавлял более человеческие, более уязвимые стороны своей личности.

Обратная связь порождает новую обратную связь. Человек, который сообщает что-то в качестве обратной связи, в процессе общения непременно узнает нечто и о самом себе.

Например, Джерри побывал на нескольких групповых встречах, и от него исходила обратная связь неизменно приятная или утешительная, но в целом бесполезная для тех людей, которым он ее адресовал. Тогда члены группы в ответной обратной связи сообщили Джерри о его нежелании занимать радикальную позицию практически ни по какому вопросу. Таким образом, группа помогла Джерри перейти к обсуждению его страха кого-то обидеть и страстному желанию быть любимым и уважаемым всеми. Вот почему Джерри был чрезвычайно банальным и пресным в общении. Да, он никого не оскорблял, но в то же

время никто им не интересовался. Дипломатия и нейтралитет — замечательная вещь в международных отношениях, но межличностные отношения они превращают в невыносимо скучные.

Еще один инцидент из клинической практики.

Джефф и Майкл пытались установить контакт друг с другом, но столкнулись с большими трудностями. Майкл постоянно посмеивался, хотя и говорил, что находится в депрессии, и другие члены группы сообщили ему, что этот смех приводит их в недоумение. Джефф же возразил, что он никакого недоумения не испытывает; наоборот, он, по его словам, «видит Майкла насквозь». Майкл отреагировал на это очень негативно, и последующее взаимодействие между ними перешло в резкую и неприязненную форму.

Здесь вмешался руководитель группы, предложив, чтобы Майкл повторил то, что он (по его мнению) услышал от Джеффа. Интерпретация Майкла сводилась к тому, что Джефф считает себя гораздо умнее, чем Майкл, и якобы видит Майкла насквозь — такого бедного простачка-дурочка. Более того, остальные члены группы согласились с такой интерпретацией Майкла, хотя и отметили, что это не вполне вяжется с обычным поведением Джеффа. Джефф был в шоке, но все же сумел понять, почему его слова были интерпретированы таким образом. На самом деле он хотел сказать Майклу, что чувствует их духовную близость, что они находятся «на одной волне»! Тогда группа решила помочь Джеффу выяснить, почему он не сумел сказать об этом Майклу в более явной форме. И вскоре Джефф уже исследовал вопрос, почему ему так трудно без экивоков сказать что-нибудь приятное другому мужчине.

Обратная связь становится более конструктивной, если обеспечивающий ее человек описывает свои чувства — чувства, порожденные поведением другого человека. Терапия сильно облегчается, когда Икс говорит о том, что он *чувствовал*, когда Игрек сказал ему то-то — а не что Икс *думает* о самом Игреке или о заявлении Игрека. Как и во всех подобных методах, терапевт может дать своей группе недвусмысленные инструкции или личный пример обратной связи.

Давайте рассмотрим следующий случай.

Началась встреча группы, 10 пациентов заняли места в кругу на диванчиках и стульях. Одна женщина, несмотря на наличие свободных мест, села на случайно оставленный на полу матрасик перед одним из стульев. В начале встречи эта пациентка заявила, что хочет поработать над развитием более близких взаимоотношений с другими людьми.

Позже в ходе встречи терапевт обеспечил ее обратной связью, намереваясь подсказать способ работы над заявленной ею программой.

Он сказал: «Рита, я хочу поделиться с вами ощущением относительно вас, которое возникло у меня сегодня. Мне кажется, что оно как раз вписывается в вашу программу. Я думал о том, каково было бы быть одним из ваших друзей в жизни — и осознал, что мне сегодня тяжело общаться с вами так, как я общаюсь с другими членами группы, просто из-за того, что вы сидите на полу! Формальность или неформальность общения тут ни при чем, потому что я и сам люблю сидеть на полу. Но важно то, что я оказался очень высоко и гляжу на вас сверху вниз, а вы сидите очень низко и смотрите на меня снизу вверх. Это создает между нами что-то вроде нарушенного баланса или пропасти, как будто вы — маленький ребенок, а я — большой и взрослый. Вы поняли, что я

имею в виду? Были ли мои слова вам чем-то полезны? Сходится ли это с тем, что вам говорили другие люди, или с тем, что вы знаете о себе?»

Эксцентричные, подрывные инциденты: «зерно для межличностной мельницы»

Еще одно из главных различий между применением принципа «здесь и сейчас» в стационарных и амбулаторных группах заключается в том, что работа первых часто прерывается значительными, непредсказуемыми событиями. Пациенты стационарной группы настолько остро больны, настолько часто страдают от нарушений мышления, что иррациональные, необъяснимые поступки для них не являются редкостью. Один член группы может неожиданно взорваться неприемлемыми или психотическими комментариями; другой может выступить с нелепыми обвинениями; третий пулей вылетит из комнаты; четвертый выразит необъяснимо сильные положительные или отрицательные чувства; пятый может задремать и захрапеть; у шестого могут начаться галлюцинации. От такого спектра неожиданных, непредотвратимых событий у терапевта группы буквально голова идет кругом, и на следующую встречу он является с мрачным лицом и побелевшими костяшками на сжатых от напряжения кулаках.

Но существует базовый принцип, который может послужить терапевту прививкой от утраты равновесия. Этот простой принцип дает ведущему возможность трансформировать даже самые неестественные события в полезную терапевтическую работу.

Принцип гласит: все события в группе должны быть использованы как «зерно для межличностной мельницы».

Вспомните главное допущение, лежащее в основе принципа «здесь и сейчас»: поведение каждого пациента в группе отражает межличностное поведение этого же пациента вне группы. Иными словами, часть отражает целое. Поэтому все события в группе очень информативны. И если терапевт сумеет не потерять головы и удержит группу в рабочем состоянии, они вместе составят важный свод данных, который может обогатить терапию. Когда происходящее событие особенно драматично и экстремально, возможно, его непосредственный виновник находится в слишком стрессовом состоянии, чтобы сразу воспользоваться доступным знанием (он, разумеется, сможет усвоить этот материал в какой-нибудь другой день, попозже). Но, безусловно, сильные реакции других членов группы на это событие вполне можно обуздать и впрячь в терапевтическую работу.

Здесь не требуется никаких новых принципов. Я уже указывал, что межличностные события в группе служат источником данных для терапии. Здесь происходит бесконечное разнообразие событий; и терапевт, сфокусировав внимание группы на каком-нибудь из них, может помочь членам группы проанализировать его и чему-то научиться. Главной проблемой при этом является степень задействованного аффекта. Ведь в этом смысле спектр весьма широкий — от таких групповых событий, которые кажутся ее участникам вполне тривиальными или безобидными, до таких, что производят впечатление катастрофических. Какими бы они ни были, задача терапевта — понять терапевтический потенциал события и сделать его доступным

для группы. Иллюстрацией послужат несколько клинических примеров. Я начну с не самых насыщенных, повседневных случаев, постепенно наращивая драматизм к более ярким.

«На диване нет места»

Пол и еще один пациент в начале встречи сели вместе на двухместный диванчик. Элино́р, женщина очень полная, подошла к ним и спросила, можно ли ей занять место между ними. Пол ответил утвердительно, и Элино́р втиснулась на диванчик. Через несколько минут Пол с некоторым усилием выбрался из угла и, пробормотав что-то о том, что ему нужно больше места, пересел на один из пустых стульев в круге.

Еще через пару минут терапевт сосредоточил внимание группы на этом инциденте. Что Пол ощущал, когда Элино́р спросила, может ли она сесть рядом с ним на диванчик? Что он мог ей ответить? Пол вызвался добровольцем и предположил, что мог сказать примерно следующее: «Элино́р, здесь мало места. Я предпочел бы, чтобы ты села на один из тех стульев».

«Но, — тут же возразил Пол сам себе, — это бы очень обидело Элино́р». На что Элино́р возразила: «А может быть, мне как раз это и надо было услышать!» Терапевт привлек внимание Пола к тому факту, что на самом деле, пересев на другое место, он передал Элино́р то же самое сообщение. Только оно было передано окольным путем и оставило у Элино́р ощущение двусмысленности ситуации, а у него самого — ощущение злости на себя.

Обсуждение этого инцидента имело значительный «побочный» эффект для Пола. Накануне он узнал, что его собираются уволить с работы из-за попытки само-

убийства и нынешней психиатрической госпитализации. Он как раз разбирался с вопросом, следует ли ему просто пустить дело на самотек — или искать совета у юристов и защищать себя от незаконного увольнения. Работа над инцидентом с Элинор и диванчиком была, в сущности, работой над этой ключевой проблемой.

Пассивный контроль

Чак впервые пришел на групповой сеанс. Терапевт поприветствовал его и провел ориентировку в группе, но не получил вообще никакой реакции, даже кивка. Он чувствовал себя в подвешенном состоянии — не мог понять: то ли переходить к следующему вопросу, то ли подождать, пока Чак ему чем-нибудь ответит. Позже в ходе работы группы терапевт вернулся к этому моменту и поделился своими чувствами с Чаком. Тогда и другие члены группы рассказали о том, что во время трапезы в столовой они пытались заговорить с Чаком, а он пересел на дальний конец стола, чтобы остаться в одиночестве. Реакции пациентов были разными: некоторые обиделись, другие оскорбились и рассердились, третьи пришли в недоумение. Чака это ошеломило; он совершенно не отдавал себе отчета в том, что оказывает такое воздействие на других. В особенности его поразило чувство дискомфорта, на которое пожаловался терапевт. То, что он, Чак, мог иметь такое влияние на терапевта, было для него удивительным явлением, поскольку сам он чувствовал себя маленьким и напуганным. Его замкнутость была вызвана ощущением, что другие люди крупнее, стремительнее и сильнее, чем он сам.

Терапевт сердится — у Бетти болит живот

На группу всегда оказывает огромное воздействие проявление гнева со стороны ведущего. Такой инцидент произошел, когда Джек — пациент с острым психозом, пришел на встречу факультативной высокоуровневой группы. Джек оскорбительно вел себя по отношению к другим пациентам и угрожал некоторым из них физическим насилием. Дело в том, что за несколько часов до встречи в отделении было оформлено официальное разрешение на двухнедельную отсрочку его выписки, и руководитель группы был одним из двух психиатров, подписавших этот запрос.

Вскоре после начала встречи стало очевидно, что Джек пришел не ради возможности поработать, а чтобы произносить пламенные речи, угрожая терапевту за упомянутый запрос. После нескольких минут препирательств стало заметно, что терапевт разозлился на Джека, — не только за личные нападки, но и потому, что тот явно вознамерился пустить ко дну всю работу группы в тот день. Терапевт довольно гневным тоном сказал Джеку, что поговорит с ним позже, а сейчас тот перешел все разумные границы и должен покинуть группу. Джек еще больше вскипел, а потом, выпустив несколько прощальных «парфянских стрел», наконец ушел.

Их стычка, продолжавшаяся около 5 минут, очень расстроила нескольких пациентов, в особенности Бетти, которая попросила разрешения покинуть группу, потому что у нее разболелся живот. (Она была ярко выраженным психосоматиком — неоднократно попадала в больницы из-за острых, недиагностируемых болей в животе.)

Терапевт попытался использовать этот инцидент

как «зерно для мельницы». Он испытал несколько возможных методов, дабы убедить Бетти остаться на встрече и поговорить о своей боли, вместо того чтобы поддаваться ей. Она согласилась остаться еще на 5 минут. Группа попросила Бетти отследить начало болевого приступа, и выяснилось, что он начался во время жаркого обмена репликами, происходившего между терапевтом и Джеком. У Бетти включился механизм защиты, она замкнулась и категорически отрицала, что эти два события каким-то образом связаны.

Терапевт, у которого установились с ней теплые, взаимно поддерживающие отношения, как можно мягче дал понять, что просто не в состоянии в это поверить. Он высказал следующие соображения: «Бетти, я знаю, что вы неоднократно отзывались обо мне с добрым чувством. Я также знаю, что вы считаете меня мягким человеком, потому что на вчерашней встрече вы сказали, что это одно из тех качеств во мне, которые вам нравятся. Как же вы могли, в таком случае, не испытать шока, видя, что я потерял контроль и рассердился на пациента? И почему вы отказываетесь даже рассмотреть такую возможность? Вы пришли на эту встречу с доверием к группе. Я знаю, что вы хотите измениться. Почему вы не желаете заглянуть в себя?»

После столь активного убеждения, поданного в поддерживающей манере, а не в такой, которая могла бы ее унижить, Бетти решила признать, что боль действительно возникла во время перепалки между терапевтом и пациентом и что ее ужасно напугал гнев терапевта. На вопрос терапевта — «почему?» — Бетти ответила, что если терапевт разозлился на Джека, то тогда вполне возможно, что когда-нибудь он разозлится и на нее.

Терапевт повел ее дальше: «И что тогда? Что бы тогда случилось? Как вы представляете, что могло бы

произойти между вами и мной?» Тогда Бетти отважилась вскрыть некоторые важные проблемы, в том числе – свое желание, чтобы о ней заботились, и страх перед неодобрением со стороны терапевта и других мужчин, в особенности – тех, кого она уважала.

К этому моменту вся группа оказалась вовлечена в живое обсуждение – несколько других пациентов тоже отреагировали на то, что терапевт утратил контроль над собой. Некоторые, подобно Бетти, испугались; другие ощущали сочувствие к терапевту и были благодарны за то, что он заставил Джека уйти, не позволив ему потратить на себя все время группы; третьи почувствовали, что терапевт стал им ближе, потому что проявил обычные человеческие чувства.

В ходе этой дискуссии терапевт осторожно спросил Бетти, сильно ли у нее болит живот теперь. И Бетти «сама удивилась» – боль исчезла, она совершенно забыла о своем животе и не вспоминала о нем в течение последних 20 минут. Терапевт не упустил возможности помочь ей сделать выводы из этого инцидента. Несколько раз на протяжении сеанса и в заключительном «резюме» он высказывал предположение, что эта встреча может стать для Бетти решающей. Она впервые «взяла верх» над своей болью; во время сеанса она сумела определить ее происхождение и, что еще важнее, проявила готовность и желание поработать над ней, вместо того чтобы поддаться боли и выйти из комнаты.

Терапевт специально подчеркнул, что эта встреча могла бы стать для Бетти образцом того, как разбираться с болью в будущем. Следовало быть внимательнее к событиям, сопутствующим началу болевого приступа, и идти на риск обсуждения с другим человеком своих ощущений, связанных с этими событиями. Боль служит сигналом того, что человек переживает психо-

логический стресс. И хотя сама по себе боль не является психическим событием, она дает связующую нить, которая может привести человека к обнаружению такого события.

Скандал: как ликвидировать последствия бури

Встреча высокоуровневой группы началась с того, что одна пациентка, Джилл, попеременно садилась и ложилась на пол из-за сильной боли в спине — главной причины того, что она оказалась в клинике. Она находилась в отделении уже несколько дней, но впервые посещала встречу этой факультативной группы. Когда терапевт пригласил ее участвовать в сеансе, она заявила, что хочет просто понаблюдать, как работают другие. Терапевт настаивал и предложил Джилл сформулировать свою программу (см. главу 5). Она была психосоматиком с хорошо развитой защитной реакцией, без внешних признаков высокого уровня тревожности, и терапевт возражал ей настойчивее, чем стал бы возражать психологически более уязвимому пациенту. В конце концов Джилл сказала, что ее часто обижали и что ей нужно научиться больше доверять людям; возможно, она могла бы поработать над этим в группе.

Терапевт (в соответствии с принципами составления программы, представленными в следующей главе) подвел ее к формулированию этой цели в терминах «здесь и сейчас». Он попросил Джилл определить в группе тех пациентов, общаясь с которыми она чувствует себя наименее уязвимой, и тех, в чьем присутствии ей особенно некомфортно. Джилл отказывалась отвечать на этот вопрос, говоря, что ее чувства по отношению ко всем членам группы совершенно одинаковы. (Такое утверждение о якобы однородности

чувств является обычной «передовой» сопротивлению работе «здесь и сейчас». Оно никогда не соответствует действительности! Терапевт должен проявить упорство и помочь пациенту дифференцировать членов группы.) Соответственно, терапевт заметил, что такая нейтральность чувств кажется ему невероятной. Джилл наконец сдалась и сказала: «Ну, ладно, люди, в отношениях с которыми я чувствую себя наиболее уязвимой — это Билл, Мэрилин и Кейт». (Так получилось, что все трое были гомосексуалами.)

Билл, женственный гей с яркой внешностью и истерическим нарушением характера, очень расстроился из-за того, что оказался в числе названных Джилл людей. Он потребовал назвать причины и напомнил ей: «Я твой друг, я стараюсь относиться к тебе по-доброму, мы с тобой все время разговариваем. Почему ты выбрала меня? Как ты могла со мной так поступить?!»

Джилл ответила: «Дело не в тебе, Билл! Просто так случилось, что я испытываю к гомосексуалистам очень смешанные чувства. Когда я была маленькая, моего дядю убил человек, с которым у него была гомосексуальная связь, и это вызвало жуткий скандал во всем моем семействе. Более того, дома, в Сан-Франциско, мужчины-геи часто начинают со мной встречаться, чтобы использовать меня как «прикрытие».

Однако объяснение Джилл расстроило Билла еще больше, и он надулся, помрачнел, а потом стал громко всхлипывать. Вначале он сидел рядом с Джилл, но затем пересел на стул в противоположном углу комнаты, сквозь слезы громко гадая вслух, оправится ли он когда-нибудь от такого оскорбления. Билл говорил, что пришел в клинику за поддержкой и помощью, а эта групповая встреча отбросила его назад по меньшей мере на две или три недели.

В этот момент боль в спине у Джилл стала очень острой, и ее невозможно было облегчить ни сидением, ни лежанием; она начала расхаживать по комнате, говоря, что только при ходьбе ее мучения немного смягчаются. Нечего и говорить о том, как это отвлекло группу, и пациенты уже открыто злились на Джилл за такое подрывное поведение.

Похоже было, что дела в группе пошли совсем скверно! Но опытный психотерапевт не потерял головы и не дал пропасть ни одному терапевтическому «зернышку». Он призвал Билла и Джилл проработать ту информацию, которая всплыла в ходе встречи. Сначала он помог Биллу определить и выразить свои чувства в более прямой форме. И поскольку Билл был слишком расстроен, чтобы сразу заговорить, терапевт воспользовался методом, который в подобные моменты всегда себя оправдывает. Он попросил остальных членов группы высказаться от имени Билла — как если бы они оказались на его месте. С их помощью Билл постепенно оставил саморазрушительную косвенную манеру выражения своих чувств по отношению к Джилл — то есть рыдания и истерику; перестал расправлять свои раны и преувеличивать уровень расстройства, чтобы вызвать у Джилл чувство вины. Он гораздо более простыми и прямыми словами заявил, что его чувства глубоко оскорблены, что ему очень нравится Джилл и что он пришел в ужас, осознав, что она его не уважает. Билл тоже пожаловался, что испытывает сильную боль в груди и животе, и ему хотелось бы, чтобы Джилл каким-то образом утешила его или сделала что-то, чтобы эта боль исчезла.

Непосредственное выражение вслух боли и обиды было важной работой для Билла — весьма существенной в свете главных причин, которые привели его в

клинику. Уже несколько раз на утрату или даже на угрозу утраты любви со стороны партнера он реагировал саморазрушительным поведением, как правило — попыткой самоубийства. Его нынешняя госпитализация была вызвана тем, что он вскрыл себе вены после бытовой ссоры с любовником. Таким образом, Биллу было очень полезно научиться выражать свою обиду и жажду любви в прямой форме, вместо того чтобы прибегать к саморазрушительному поведению (что он продемонстрировал в начале встречи).

Руководитель побудил Билла исследовать и другой аспект этого инцидента: его явно чрезмерную реакцию на комментарий Джилл. Другие две пациентки, которых назвала Джилл, не особенно расстроились, несмотря на то, что одна из женщин была соседкой Джилл по комнате. Было нетрудно заметить, что Билл чересчур персонализировал ситуацию; в конце концов, Джилл ведь специально указала, что ее выбор связан не с личными особенностями этих трех членов группы, но в гораздо большей степени — с ее собственными идиосинкразическими реакциями на гомосексуальность *per se*¹.

Затем руководитель повернулся к расхаживавшей по комнате Джилл и попросил: «Джилл, не могли бы вы мысленно вернуться примерно на 8 минут назад? Я думаю, очень важно рассказать, что именно вы почувствовали прямо перед тем, как начали ходить по комнате».

Джилл вполне ожидаемо воспротивилась этому предложению и сказала, что не помнит, и у нее слишком сильно болит спина, чтобы думать. Терапевт настаивал и обратился к ней с такими словами: «Знаете,

¹ *Per se* (лат.) — сам(о/а) по себе.

Джилл, у меня очень стойкое ощущение, что вы злитесь на меня за то, что я очень давил на вас на этой встрече». Джилл немедленно ухватилась за это предположение и сказала: «Точно! Вы меня во все это втравили! Я хотела сегодня просто понаблюдать за группой, а вы заставили меня говорить такие вещи, которые я вовсе не хотела говорить! И что же вы сделали потом?! Просто бросили меня на съедение!»

Несмотря на то что Джилл выразила свои чувства с таким пылом, они были с воодушевлением восприняты группой. Терапевт сразу же — и с большой теплотой — отреагировал на них, сказав Джилл, что он чувствует свою вину за то, что причинил ей столько боли, и расстроен тем, что она на него злится. Но, кроме того, заметил, что впервые за все время встречи он ощутил настоящий контакт с ней, и теперь они общаются напрямую. Ему это нравится, и он чувствует, что они начинают сближаться. Он попросил сообщить об обратной реакции остальных членов группы, и все они поддержали непосредственное и откровенное выражение чувств с ее стороны. Некоторые согласились с тем, что терапевт чересчур к ней «приставал», и почувствовали ей, потому что знали, что ее ждет. Они выказывали уважение Джилл за то, что она сказала все напрямик, — это был намного лучший способ коммуникации, чем выражать свои чувства через жалобы на боль и хождение по комнате.

Выразив одобрение и поддержку поступку Джилл, терапевт попробовал завести ее еще немного дальше, вернувшись к тому моменту, когда события в группе вышли из-под контроля. Он спросил, не может ли она попытаться заново ответить на его вопрос о том, с кем в группе она чувствует себя более уязвимой. Ведь в первый раз она не дала по-настоящему личного отве-

та, назвав таких людей, которые были всего лишь символом «неудобного» вопроса; она на самом деле не обратилась ни к кому *персонально*. К этому времени Джилл полностью поняла, что имел в виду терапевт. Джилл сказала, что ощущает угрозу со стороны Стива, университетского профессора, она в его присутствии чувствует себя невежественной и недалекой. С этого момента встреча продолжалась в плодотворном русле. Оказалось, некоторые участники группы таким же образом реагировали на Стива, и пациенты перешли к исследованию своих реакций.

Не уклонившись от таких драматических событий и найдя им терапевтическое применение, терапевт превратил потенциально катастрофическую встречу в чрезвычайно продуктивную. Билл многое узнал об адаптивных способах выражения психологических переживаний и о своей чрезмерно бурной реакции на замечания других в его адрес. Джилл усвоила несколько бесценных уроков о происхождении и возможностях облегчения своей психосоматической боли.

Террор в группе и его последствия

Последний пример иллюстрирует еще один, заключительный момент, связанный с принципом «зерно для мельницы». Если виновник инцидента очень расстроен, чтобы анализировать ситуацию, терапевт может извлечь из случившегося какую-то терапевтическую выгоду, обратившись к остальным членам группы. В распоряжении терапевта есть два основных технических подхода.

- 1. Члены группы будут по-разному реагировать на один и тот же инцидент, и изучение этих неодинаковых реакций часто упрощает процесс самоисследования. Ведь если не-**

сколько свидетелей одного и того же события реагируют на него очень по-своему, то здесь возможно лишь одно объяснение: *эти реакции отображают очень различные внутренние миры*. Различающиеся реакции на один и тот же стимул служат *via regia*¹ групповой терапии в области самоисследования.

2. Кризис в группе дает возможность исследовать способы преодоления кризисной ситуации, а также обеспечивает терапевтическое проникновение в сферу принятия ответственности.

Следующий пример иллюстрирует обе эти стратегии.

На сеанс пришли 10 пациентов. В течение предыдущих нескольких дней у группы были интенсивные рабочие встречи. В тот день на сеансе присутствовали двое новичков. Один из них, огромный, угрожающего вида мужчина по имени Харрисон, в первые же минуты встречи показал, что никакой пользы от групповых занятий не получит. Он выбрал себе место вне круга и уселся, слушая плеер через наушники. Если оценить ситуацию ретроспективно, правильным поступком со стороны терапевта было бы попросить его покинуть группу уже в тот момент, но он помнил, что Харрисон во время своей предыдущей госпитализации (за год до этого) хорошо работал в группе терапии.

Терапевт пригласил Харрисона занять место в круге. Тот согласился, но спустя несколько минут снова пересел обратно. Когда ведущий снова попросил его присоединиться к группе, Харрисон ошетинился, заявив, что чувствует себя отлично и не нуждается в том, чтобы группа разбирала его случай. Некоторые из членов группы поинтересовались, почему Харрисон

¹ *Via regia* (лат.) – «королевская дорога».

оказался в клинике, если он так хорошо себя чувствует и не желает ни над чем работать. Но эти расспросы только ухудшили дело, усилив сопротивление Харрисона. Тогда группа попыталась сосредоточиться на других пациентах, но угрожающее, мрачное присутствие Харрисона сковывало энергию группы и препятствовало любой продуктивной работе.

Как оказалось, второй новичок, как и Харрисон, был ярко выраженным психотиком. Какофония сбивчивой речи этого пациента и импульсивных командных подрывных реплик Харрисона внесла в атмосферу группы дух настоящего безумия. Примерно к середине встречи все члены группы едва не переругались между собой; некоторые жаловались, что им хочется завопить или броситься прочь из комнаты, а другие, судя по их виду, еле-еле от этого удерживались.

Харрисон крайне злобно реагировал на любого, кто делал замечание второму новичку, с которым он явно себя идентифицировал. Под конец он вскочил и накричал на одну из женщин за ее якобы несправедливое отношение к этому пациенту. Терапевт вмешался и велел Харрисону сесть, успокоиться и попытаться в приемлемой форме высказать свои чувства группе. Харрисон угрожающе повернулся к терапевту и принял атакующую позу. Кончилось тем, что он резко развернулся, задев несколько кресел, и, громко топая, ушел из комнаты, оставив ошеломленную, перепуганную группу.

Первой задачей, за которую взялся терапевт, было восстановление спокойствия и порядка. Он мягко напомнил членам группы, что у них осталось еще приблизительно полчаса до конца встречи, и неплохо было бы решить, как провести это время с наибольшей пользой. Терапевт высказал предложение: раз уж сегодняшние события так сильно расстроили некоторых пациентов,

возможно, стоит посвятить время тому, чтобы помочь большинству участников почувствовать себя лучше.

Некоторые пациенты заявили, что для них лучше всего будет покинуть комнату, и попросили разрешения уйти. Терапевт ответил, что он, конечно, не может запереть дверь, но, по его мнению, такое бегство — самый бесполезный выход из возможных. В конце концов, напомнил он, в прошлом для многих из них характерной реакцией на стресс был уход в себя, и одна из целей госпитализации — помочь им найти более успешные способы справляться со стрессом. Тогда одни члены группы ответили, что попытаются помочь друг другу. Другие предположили, что сумеют снять груз с души, озвучив чувства, которые у них вызвал Харрисон.

Пациенты перешли к осуществлению этого плана, и их беспокойство уступило место изумлению при виде того, какой широкий спектр чувств вызвал у них Харрисон. Одни злились на него за то, что он практически сорвал встречу: они ощущали, что лишились времени для работы над собственными проблемами. Другие сердились на терапевта за то, что он не проявил достаточно проницательности, чтобы держать Харрисона подальше от группы: терапевт позволил Харрисону «потопить» группу — точно так же, как остальная часть персонала клиники позволила ему в этот день сорвать и остальные терапевтические занятия в отделении. Кто-то очень испугался того, что произошло. Двое мужчин говорили о своем страхе перед физическим столкновением с другим человеком. Одна женщина рассказала о том, какой ужас она испытывает перед мужчинами, ведущими себя иррационально, и о физическом насилии, которое она переносила, будучи ребенком, со стороны отца-психотика. Во время этого обсуждения, продолжавшегося примерно

четверть часа, группа воодушевилась и сумела расслабиться, испытав ощущение владения ситуацией.

В последние несколько минут встречи внимание группы обратилось к пациентке, которая продемонстрировала наиболее острую реакцию на атаку Харрисона. 19-летняя Джуди свернулась клубком в кресле, у нее стучали зубы, а на лице застыло выражение ужаса. Мягко и постепенно группа помогла ей заговорить. Джуди испытывала подавляющий страх перед Харрисоном и тем, что могло произойти в группе. Терапевт принял максимально обыденный, беззаботный тон и спросил, что же, по ее мнению, могло случиться. «Он мог напасть на вас», — ответила Джуди. Терапевт возразил: «Ну и что? Ну, дал бы он мне разок по носу. Здесь, в группе, нас 10 человек, а еще несколько членов персонала находятся в комнате наблюдателей, к тому же в отделении полно других людей, которые смогли бы прийти на помощь. Подумаешь — оплеуха! С людьми случаются вещи и похуже, и они как-то с этим справляются».

Источником крайней реакции Джуди на Харрисона были события, символом которых он для нее стал. С немалым усилием она поделилась с группой своими переживаниями. За год до этого Джуди подверглась изнасилованию и с тех пор ни разу не обсуждала ни с кем ни само изнасилование, ни свою реакцию на него. Во время нынешней встречи она соприкоснулась не только со страхом перед Харрисоном и одновременно тем мужчиной, который совершил сексуальное насилие, но и со своим собственным гневом. И напугал ее больше всего не сам Харрисон, но собственная ярость и почти неконтролируемое желание разорвать его на части. Джуди получила от группы колоссальную поддержку, в особенности от трех женщин, которые так

же пережили изнасилование и разделяли многие ее чувства.

В последние 5 минут встречи терапевт коротко справился о самочувствии у каждого из членов группы. Стало ясно, что страсти улеглись и интенсивная дисфория, имевшая место полчаса назад, рассеялась. Терапевт подвел итоги встречи: случилась катастрофа, и члены группы ощутили невероятный дискомфорт. Но они приняли на себя ответственность за то, чтобы справиться с этим дискомфортом: решили поделиться своими ощущениями друг с другом и попытались понять природу своих реакций. Более того, они добились огромного успеха: превратили потенциально катастрофическое развитие событий в очень полезную терапевтическую встречу.

Заключение

Фокус на интеракции «здесь и сейчас» столь же важен в стационарной групповой работе, как и в других формах групповой терапии. Фокус на взаимодействии позволяет пациентам изменять неадаптивные, саморазрушительные межличностные шаблоны. Кроме того, он формирует группу, где все участники получают поддержку, взаимопомощь, стимулы и вовлекаются в решение значимых для их жизни задач. Чтобы фокус «здесь и сейчас» приносил терапевтическую пользу, он должен пройти оба этапа: этап переживания и этап понимания.

Клинические условия стационарной групповой терапии требуют особых методологических соображений в применении принципа «здесь и сейчас»:

1. Непродолжительность терапии требует, чтобы взаимодействие использовалось преимущественно для упрочения сильных сторон пациентов и определения межличностных проблем, а не для их «проработки».

2. Острота дистресса пациентов требует уделять особое внимание демонстрации значимости этого принципа.

3. Из-за высокой уязвимости пациентов обратная связь (как, разумеется, и все аспекты процесса взаимодействия) должна быть исключительно поддерживающей и конструктивной.

4. И наконец, все непредсказуемые, потенциально подрывные события в группе должны служить «зерном для межличностной мельницы» и благодаря этой технике могут превратиться терапевтический плюс.

Глава 5

Высокоуровневая стационарная группа психотерапии: рабочая модель

Я предлагаю сеансы факультативной группы для пациентов более высокого уровня (о составе группы см. в главе 2) проводить ежедневно в течение приблизительно 75 минут. Высокоуровневые группы из всех стационарных групп – самые сложные для ведения и требуют хорошей подготовки ведущего в области базовых методов групповой терапии. В этой главе я буду описывать одну из возможных структур высокоуровневой группы. Имейте в виду, что эта модель задумана как *дополнение* к фундаментальному обучению групповой терапии, но не может быть его заменой. Такую группу может вести либо один терапевт, либо совместно работающие терапевты. Формат совместной рабо-

ты снижает нагрузку на ведущих, обеспечивает превосходное средство для тренинга недавно поступивших на работу терапевтов, поскольку они делят обязанности с опытным терапевтом — да и работать в паре веселее. Однако модель совместного ведения никоим образом не является обязательной, группу вполне может вести и один-единственный компетентный терапевт.

Одна из основных схем 75-минутного сеанса выглядит так.

1. Ориентировка и подготовка	3—5 минут
2. Круговой обмен программами (каждый член формулирует для данной встречи личную программу)	20—30 минут
3. Работа над программами (группа старается выполнить столько программ, сколько сможет)	20—35 минут
4. Обсуждение встречи терапевтами и наблюдателями (если наблюдатели присутствовали за односторонним зеркалом, они входят в помещение и вместе с терапевтом обсуждают группу в присутствии пациентов)	10 минут
Реакция пациентов на итоговое обсуждение	10 минут

Ориентировка и подготовка

В главе 3 я представил подробный иллюстративный пример вступительной речи, которую терапевт произносит перед каждым сеансом. Если присутствуют новые пациенты (как обычно и бывает), ориентировка должна быть более детальной.

Основные задачи открывающего сеанс заявления – обеспечить базовую ориентировку членам группы, затем описать цель группы и, наконец, прояснить программу действий (процедуру), которой группа будет следовать.

В ориентирующем базовом заявлении терапевт напоминает пациентам о времени начала встреч, их продолжительности и о присутствии наблюдателей, если таковые есть, а также может напомнить некоторые основополагающие правила группы (например, необходимость приходить на встречу вовремя или правила относительно курения).

Назначение и цель группы должны быть представлены каждому пациенту чрезвычайно ясно. Новые члены группы всегда очень возбуждены и часто дезориентированы, и терапевт не ошибется, если постарается очень последовательно и понятно выразить свои мысли. Как указывает пример вводной речи в главе 2, терапевт делает краткое заявление о важности работы над взаимоотношениями с другими людьми и поясняет, что исследование и улучшение межличностных отношений – как раз то, что группа делает лучше всего, и поэтому именно таким будет фокус внимания группы. Далее терапевт говорит, что группа должна быть нацелена на установление взаимоотношений друг с другом у тех людей, которые сейчас присутствуют в комнате.

Затем терапевт обрисовывает **базовую процедуру** группы, кратко описывая 5 фаз работы, которые я только что приводил. Обязательно надо вовремя проинформировать новых членов группы о присутствии в самой комнате или за зеркалом наблюдателей, которые ближе к концу сеанса будут обсуждать итоги встречи с руководителем. Затем терапевт подготавливает почву

для следующего шага, сообщая о том, что любой сеанс начинается с *кругового обмена программами*, в ходе которого терапевт контактирует с каждым пациентом, спрашивая, над чем бы он хотел поработать в этот день в группе. Намеченная работа должна быть приемлемой и осуществимой в течение одного сеанса групповой терапии.

Это упоминание о программах обычно вызывает у новичков недоумение и нередко — сильное возбуждение. Следует успокоить их, сообщив, что важно помочь каждому человеку сформулировать свою цель и что для начала группа позволит новичкам включиться в обсуждение программы в последнюю очередь.

Круговой обмен программами

Важно задать тон встрече какой-нибудь структурированной связкой, которая позволяет терапевту вступить с каждым членом группы в личный контакт, пусть даже короткий. В группах со стабильным составом (например, в долгосрочных амбулаторных) терапевт лучше узнает каждого из членов группы, и обычно ему не требуется много времени, чтобы определить необходимую точку приложения сил на конкретном групповом сеансе. А при быстрых изменениях в стационарной группе терапевт часто сталкивается с участниками, о которых у него очень мало информации. Структурированная круговая перекличка позволяет терапевту быстро «просканировать» группу, вступить в контакт с каждым из присутствующих и получить, так сказать, вид «с высоты птичьего полета» на ту работу, которая возможна в группе сегодня.

Кроме того, структурированное упражнение в самом начале встречи транслирует каждому пациенту ясное сообщение о том, что от него ожидают активности и участия в работе. Если терапевт позволяет сеансу группы начинаться самому по себе, это почти неизменно влечет за собой период молчания, растерянности, ритуальных замечаний, призванных «взломать лед», и блужданий вокруг да около в поисках какой-нибудь полезной или удобной темы для разговора. В стабильной долгосрочной группе ситуация иная: опытные члены группы – «носители культуры» – возьмут на себя ответственность за начало встречи. А если нет, если группа молчаливо отказывается начинать сеанс, то всегда найдется время для анализа значения этого сопротивления. Однако в стационарной группе нет ни такой роскоши, как носители культуры, ни времени для исследования сопротивления.

Жизнь группы, как я уже говорил, порой укладывается в один-единственный сеанс; а без стартового задания бесценное время будет потеряно без всякой компенсации.

Какой тип начальной круговой структуры более предпочтителен? Тут существует множество возможностей. Самая очевидная стратегия, используемая многими ведущими, – попросить каждого пациента кратко пояснить, почему он или она находятся в клинике. Это подход деловой, поскольку он прямо фокусируется на жизненном кризисе и последовавшей декомпенсации, которая привела пациента в клинику. Однако у такого начального гамбита есть множество недостатков. С одной стороны, те причины, которые (в восприятии пациента) привели человека в клинику, часто бывают достаточно далеки от работы, которую

он может выполнить в группе терапии. Пациенты могут оказаться в клинике из-за злоупотребления психоактивными веществами или какого-то внешнего события (например, потери работы, утраты близкого), или в силу иных причин, связанных с внешними обстоятельствами (психосоматическое недомогание, бред отношения, галлюцинации), или из-за первичного биологического нарушения (такого, например, как общее аффективное расстройство). Сосредоточение на таких причинах госпитализации акцентирует принцип «там и тогда» и ограничивает для пациентов возможности использования ресурсов группы. Часто причины госпитализации бывают комплексными, и большая часть сеанса может уйти на исследование истории новых членов. Кроме того, «старым» членам группы становится скучно вновь и вновь повторять рассказ о причинах своей госпитализации.

Другой распространенный вариант начальной переклички — задать каждому пациенту вопрос о том, как он сегодня себя чувствует. Такой метод справляется с задачами создания контакта с каждым пациентом и получения представления об эмоциональном состоянии членов группы в целом, но часто заводит группу в *cul-de-sac*¹: он не обеспечивает плана работы на остаток встречи и не ориентирует пациентов на изменение дисфорического состояния.

По моему мнению, весьма эффективный способ начала встречи, когда участники формулируют краткую личную программу для текущего сеанса. Такая программа определяет некоторую личностную сферу, в

¹Тупик (франц.). — Прим. перев.

которой пациент желает что-то изменить. Подобный план будет полезным, если он реалистичен и осуществим в течение именно сегодняшней встречи группы. Я поощряю членов группы формулировать программы, касающиеся межличностных проблем — и по возможности таких, которые связаны с участниками группы, присутствующими на данном сеансе.

В идеале программа должна отражать некую межличностную проблему, имеющую коренное значение для функционирования личности, и ее проработка в группе должна быть осуществима в режиме «здесь и сейчас». Вот некоторые примеры таких программ.

1. «Моя проблема — доверие. Я чувствую, что если раскроюсь и буду честно говорить о себе, другие люди, в особенности мужчины, станут меня высмеивать. Мне кажется, например, что так может случиться с Майком и Джоном (участники группы, присутствующие в этот день в комнате)».

2. «Мне кажется, что я раздражаю других людей. Возможно, я слишком много говорю, и я бы хотел выяснить, так ли это».

3. «Я выстраиваю вокруг себя стену. Я не прочь сблизиться с другими людьми и завести друзей, но я очень стеснителен. В результате я все время сижу один в своей комнате. Я чувствую, что у меня есть кое-какие общие интересы с Джо и Элен (участники группы), но я до смерти боюсь заговорить с ними».

Далее в этой главе я приведу много других примеров таких программ, но пока давайте рассмотрим эти три. Каждая из них имеет отношение к вопросу, который является центральным для говорящего. (Притом заметьте, что ни в одном из этих трех примеров проблема, обозначенная в программе, не являлась дейст-

вительной непосредственной причиной госпитализации. Первая пациентка страдала анорексией; второй — молодой алкоголик, а третий совершил серьезную попытку самоубийства.) Кроме того, все три программы касаются *межличностного* вопроса. Наконец, все они содержат компонент «здесь и сейчас»: то есть поставленный вопрос мог быть исследован в контексте взаимоотношений пациента с другими пациентами, присутствующими в группе сегодня.

Преимущества кругового обмена программами

Главное достоинство этого упражнения — оно дает идеальный баланс степени структуры: обеспечивает встрече структуру и одновременно поощряет пациентов к автономному поведению. Каждый пациент получает стимул к высказыванию типа: «Вот что я хочу изменить в себе. Вот над чем я хочу сегодня поработать».

Индивидуальные программы обеспечивают руководителю «широкоугольный» объективный взгляд на групповую работу, которая может быть выполнена в этот день. Он быстро определяет, чем желает заняться каждый пациент и какие его цели пересекаются с целями остальных. Помимо этого индивидуальные программы выполняют функцию инициации взаимодействия между членами группы.

Собственная программа поощряет пациента занять более активную позицию в психотерапии.

Часто это упражнение оказывается чрезвычайно полезным в последующей терапии, когда он покинет клинику. Пациенты получают стимул заявлять о своих

потребностях открыто и прямо. В особенности упражнение будет полезно тем пациентам, которые привыкли просить о помощи окольными и самовредительскими способами – например, через нанесение себе увечий или другие саморазрушительные поступки. (Как я буду подчеркивать позже, не все программы могут быть выполнены во время встречи, и даже не на все из них вы успеете обратить внимание; но для пациентов значима уже сама формулировка плана.) Составление программы учит пациентов открыто просить о чем-то для себя. Это помогает им понять, на что способна терапия, и принять ответственность за использование терапии (или неиспользование). Они очень ясно осознают – и это момент, о котором я буду говорить подробно, – что если они сформулируют неадекватный план действий, то вряд ли им удастся получить пользу от встречи.

Программа нередко требует выполнения «домашнего задания». Пациенты знают, чего от них ждут, и многие из них планируют свои программы заранее. Опять же, это полезная форма обучения использованию терапевтического процесса. Нередко пациенты говорят о том, что составление программы помогало им организовать себя в самом начале госпитализации: процесс обдумывания своих проблем в открытой, систематической манере позволял многое прояснить и приносил облегчение. Кроме того, некоторые пациенты говорили о чувстве владения ситуацией и даже о воодушевлении оттого, что они оказались способны сформулировать конкретную задачу. К этому затем прибавлялось чувство самостоятельного выполнения поставленной задачи во время сеанса терапии. Порой пациенты, в особенности те, для кого характерен «экзаменационный стресс» или боязнь неудачи, могут быть

чрезмерно озабочены составлением ежедневной программы. И терапевту приходится облегчать это давление, признавая трудность задачи и уверяя пациентов, что он обязательно поможет им в формулировке плана.

Как помочь пациентам сформулировать их программы

Формулировку личной повестки дня нельзя назвать автоматической задачей, не требующей усилий. Пациентам нелегко с этим справиться, и терапевт призван помочь им в этом деле.

С одной стороны, подавляющее большинство пациентов испытывают значительные трудности, пытаясь понять, чего именно терапевт от них хочет и почему. Задачу следует объяснить пациентам просто и прямо. Терапевт может привести примеры возможных программ, а затем кропотливо помогать каждому пациенту наметить собственную повестку дня. Кроме того, терапевт должен объяснить пациентам, чем полезна такая программа.

Составление индивидуальной программы проходит в три этапа. И терапевт должен сопровождать большую часть пациентов, в особенности во время их первых встреч, на каждом из этих этапов.

- 1. Пациент определяет какой-то важный личный аспект, который он хочет изменить. Задача должна быть реалистичной (то есть данный аспект должен быть изменяемым) и приемлемой для концепции групповой терапии.**
- 2. Пациент оформляет свою проблему в межличностных терминах.**
- 3. Пациент старается трансформировать общую межличностную проблему в рамки ситуации «здесь и сейчас».**

Эти замечания по поводу оформления программы могут стать более понятными с помощью клинических иллюстраций.

Представьте себе, что новая пациентка так говорит о своем личном плане: «Я в депрессии и хочу поработать в этой группе над тем, чтобы избавиться от моей депрессии». Ни к какой полезной работе в группе этот план не приведет. Прежде всего, он нереалистичен. Временные рамки программы должны быть ограничены *одной-единственной встречей*: то есть повестка должна соотноситься с задачей, которую можно выполнить за один сеанс. У этой пациентки депрессия длилась не один год; каким же образом единственная встреча терапевтической группы может облегчить ее?! Далее, озвученная программа слишком туманна, она не отличается конкретикой и не соотносится с возможностями деятельности группы. Группа не может работать над «депрессией» — в этом нет никакой точки опоры. Отнюдь не симптомы, а межличностные проблемы составляют течение динамической психотерапии.

Помогая пациенту превратить нереалистическую повестку дня в подходящую рабочую задачу, важно подчеркнуть значимость составленного пациентом плана. В конце концов, по мнению упомянутой пациентки, именно депрессия служит ключевой причиной того, что она оказалась в клинике. Но терапевт должен помочь пациентке получить более реалистическую точку зрения на терапию этой депрессии.

Например, можно сказать так: «Да, быть в депрессии — это ужасно, и, конечно, вы хотите почувствовать себя лучше. Это хорошая цель, просто замечательная цель для вашего курса терапии в целом. Однако для облегчения вашей депрессии понадобятся недели, даже месяцы терапии. Но сегодня важно определить-

ся, с чего начать. Над чем вы можете поработать в этой группе прямо сейчас? Группы прекрасно помогают людям понять, что идет не так в их взаимоотношениях друг с другом. Что бы вы хотели изменить в своем собственном образе жизни или отношениях с другими людьми? Ваши отношения с окружающими тесно связаны с вашей депрессией, причем таким образом, который, возможно, для вас не совсем очевиден. Если вы начнете работать над своими способами общения с другими, я совершенно уверен, что со временем — не за один день, конечно! — вы начнете ощущать, что обид и боли в вашей жизни сильно поубавилось».

Или давайте возьмем другой пример.

Пациент-мужчина рассказывает о своей программе: «Я потерял работу, у меня нет будущего, я не знаю, что мне делать со своей жизнью». Пытаясь работать по этому «плану», группа, несомненно, ввяжется в бессмысленное предприятие, изначально обреченное на провал. Ее участники завязнут во внешних проблемах одного члена группы. Опираясь на неточную информацию, они будут стараться определить, почему он потерял работу, и сделают некие выводы о его навыках и способности найти другое место. Большинству членов группы будет скучно, и они начнут проявлять беспокойство. Вполне возможно, они ни разу не видели этого человека до сегодняшнего дня, и им может быть известно, что завтра он покинет группу, поэтому они вряд ли станут ему сопереживать. Кроме того, здесь нет никаких оснований надеяться на возмещение (на то, что время и внимание, потраченные на разрешение внешней проблемы другого человека, будут «возвращены» дарителям). Быстрая смена пациентов уничтожает возможность справедливого воздаяния.

В подобном случае терапевт должен признать важность дистресса пациента, но при этом найти для него место в перспективе работы в группе. Например так: «Должно быть, вам очень тяжело. Я понимаю, что по сравнению с болью, которую вам причинило случившееся, все остальное в вашем представлении должно казаться не важным, и вам трудно уделять внимание чему-то еще. Но как бы вас ни расстраивала потеря работы и проблемы, связанные с поисками другой, я не вижу, каким образом группа может конкретно помочь вам в этом. Я бы сказал, что это – вопросы, над которыми вам будет лучше всего поработать в индивидуальной терапии с профессиональным консультантом или личным терапевтом. Но давайте посмотрим, каким образом вам сможет помочь группа. Над чем таким вы можете здесь поработать, что может оказаться вам полезным?»

Очень вероятно, что пациент будет настаивать на своем желании поговорить о потере работы или придет к выводу, что группе нечего ему предложить. Задача терапевта в этот момент – поискать какой-то межличностный компонент в проблеме пациента. В такой ситуации я начинаю про себя перебирать ряд версий: «Не связан ли каким-нибудь образом межличностный стиль этого мужчины с потерей работы? Может быть, подобострастная, самоуничижительная манера поведения создает ему препятствия в ходе собеседований, когда он старается получить работу? Непохоже, чтобы он с готовностью признавал, что страдает. Интересно, что он делает, стремясь получить поддержку и справиться с чувством дистресса? Ему вообще кто-нибудь оказывает поддержку? Умеет ли он просить помощи? Кто ему помогает? Кажется, он очень негативно относится к себе. Как он себя чувствует, когда рассказыва-

ет нам о своей неудаче? Есть ли в группе кто-то, перед кем ему особенно трудно говорить о ней?» и т.д.

Исследуя некоторые из этих межличностных направлений, терапевт, как правило, может помочь пациенту отказаться от нереалистичной программы и найти приемлемую для группы.

Другой пример из клинической практики. Харви, параноидный шизофреник, который служил пилотом в сельскохозяйственной авиации, был госпитализирован из-за эксцентричного, саморазрушительного поведения. Сам же он утверждал, что его единственной проблемой были головокружения (не самый безобидный недуг для летчика!), и отказывался участвовать в составлении программы. Его госпитализация в психиатрическое отделение была ошибочной, полагал Харви, он должен быть помещен в обычную клинику.

Терапевт ответил: «Очень жаль, что вас поместили не в ту палату, но раз уж вы здесь оказались, почему бы не воспользоваться всеми преимуществами того, что мы можем вам предложить? Знаете, я часто рассматриваю эту клинику как магистратуру по знакомству с собственной личностью. Существуют десятки очень дорогих платных курсов по самоисследованию или личностному росту. Ведь знать себя слишком хорошо невозможно. Все мы продолжаем учиться и расти. У нас в этой группе есть очень опытные инструкторы. Коль скоро уж вы все равно за все это платите, считайте группу дополнительным бонусом. Почему бы не воспользоваться такой возможностью?»

Харви был обезоружен таким подходом. Он признал, что это неплохая идея, и сказал, что его вообще-то интересует, почему его так часто обвиняют в том, что он якобы читает нотации окружающим.

Используя этот стратегический подход, терапевт может без особых трудностей помочь каждому пациенту оформить свою повестку дня на межличностном языке. Межличностные программы очень разнообразны, но большинство из них укладывается в следующие формулировки:

1. Я одинок; в моей жизни никого нет.
2. Я хотел бы лучше общаться с людьми.
3. Я хочу научиться выражать свои чувства, не держа все в себе.
4. Я стремлюсь научиться отстаивать свои интересы, уметь говорить «нет» и избавиться от ощущения, что другие мною верховодят.
5. Я хотел бы научиться сближаться с людьми и заводить друзей.
6. Я хочу научиться доверять другим: мне в жизни часто причиняли боль.
7. Я желал бы получить обратную связь относительно того, как я общаюсь с другими людьми.
8. Я хочу уметь выражать свой гнев.

Как трансформировать межличностную программу в повестку «здесь и сейчас»

Вспомните, что задача по составлению программы состоит из трех шагов: 1) идентификация личной сферы, в которой пациент желает что-то изменить; 2) изложение жалобы в межличностных терминах; 3) формулирование повестки «здесь и сейчас».

Планы, которые я только что процитировал, удовлетворяют первым двум критериям. У терапевта остается одна задача: *помочь членам группы превратить эти обобщен-*

ные межличностные намерения в конкретные программы действий, вовлекающие в работу других членов группы.

Как только вы уловили этот базовый принцип, дальнейшая техническая работа становится простой. Давайте вновь рассмотрим каждую из 8 задач, которые я перечислил, и изучим подходы, которые может использовать терапевт, переводя их в ракурс «здесь и сейчас».

1. Я одинок; в моей жизни никого нет.

«Не могли бы вы немного подумать и рассказать, как вы ощущаете свое одиночество здесь, в клинике? От кого в этой группе вы отстранились? Возможно, стоит попробовать поработать и выяснить, как и почему вы поставили себя в группе в положение одиночки».

2. Я хотел бы лучше общаться с людьми.

«С кем из присутствующих в этой комнате у вас наладилось хорошее общение? И с кем общение не столь удовлетворительно? С кем из присутствующих вы бы хотели улучшить взаимоотношения? Есть ли между вами и кем-то еще в этой группе «нерешенные вопросы?»»

3. Я хочу научиться выражать свои чувства, не держа все в себе.

«Готовы ли вы выражать сегодня те чувства, которые будут возникать у вас в ходе занятий группы? Например, меня интересует, не хотелось бы вам описать чувства, которые возникли у вас по отношению к какому-нибудь вопросу или человеку, пока мы проводили переключку и говорили о своих программах?»

4. Я стремлюсь научиться отстаивать свои интересы, уметь говорить «нет» и избавиться от ощущения, что другие мною верховодят.

«Вы готовы попробовать начать сегодня? Не могли

бы вы произнести вслух какие-нибудь замечания, которые обычно подавляете? Могли бы вы выбрать нескольких человек в группе, в присутствии которых больше всего теряетесь, и исследовать какие-нибудь свои чувства, возникающие в связи с этим? Хотите ли вы попросить о чем-нибудь для себя? Сколько вы хотели бы потратить на себя времени в ходе этой встречи?»

5. Я хочу научиться сближаться с людьми и завести друзей.

«С кем из присутствующих в этой комнате вы хотели бы сблизиться? Что именно не дает вам сблизиться с этими людьми? Может быть, стоит попробовать сегодня какой-нибудь другой подход в общении с этими людьми? Хотели бы вы получить от них обратную связь — узнать, за счет чего вы дистанцируетесь от них?»

6. Я стремлюсь научиться доверять другим: мне в жизни часто причиняли боль.

«Не хотели бы вы исследовать этот вопрос вместе с членами этой группы? Кому из присутствующих вы особенно доверяете? Почему? Что в этих людях такого особенного? Кому здесь вам было бы труднее довериться? Почему? Что в этих людях кажется вам не заслуживающим доверия? Чего вы опасаетесь со стороны участников группы? Представляю ли для вас угрозу я? Каких возможных поступков с моей стороны вы боитесь?»

7. Я хотел бы получить обратную связь относительно того, как я общаюсь с людьми.

«Для чего вы стремитесь получить эту обратную связь? (Попробуйте увязать этот вопрос с каким-нибудь важным аспектом жизненных проблем пациента.) От какой своей черты вы бы хотели получить обратную связь? От кого из присутствующих сегодня в этой комнате вы в особенности хотели бы получить обратную связь?»

8. Я хочу научиться выражать свой гнев.

Работа над такой программой — дело тонкое, и я уже обсуждал этот вопрос подробно в главе 4. Кратко суммирую сказанное: желательно держаться подальше, насколько это возможно, от открытого конфликта в группе. Возможный подход терапевта примерно такой: «Огромное число людей пугается открытого выражения гнева, и полное выплескивание гневных чувств в группе, пожалуй, будет неуместно. Надо иметь в виду, что главная проблема многих людей в этой сфере — они позволяют гневу накапливаться внутри себя и разрастаться, пока сам его масштаб не становится пугающим. Возможно, один из способов работы над гневом, который вы могли бы испытать здесь, в группе, — попытаться выпускать наружу негативные чувства на стадии легкого раздражения или досады, пока они не доросли до *настоящего* гнева. В общем, я хочу вас спросить: не хотите ли вы попробовать сегодня в группе выразить раздражение на начальной стадии? Например, готовы ли вы поговорить о раздражении в мой адрес или по поводу того, как я до сих пор вел группу? Вы не против, если временами в ходе работы группы я стану задавать вам вопросы, чтобы определить, какую степень раздражения вы испытываете?»

Ответные реакции терапевта на вышеупомянутые программы призваны вовлечь пациента в его исследование «здесь и сейчас». Приведенные ответы, разумеется, представляют собой лишь один из возможных способов вмешательства. Каждый терапевт должен иметь собственный репертуар вмешательств, созвучных его личному стилю. Давайте рассмотрим общие стратегии, на которые могут опираться конкретные методы.

Направьте пациента от общего к частному .

Помогите членам группы максимально конкретно выражать свои жалобы и чувства по отношению к другим людям, взаимодействовать с присутствующими, обращаться к ним прямо и исключительно по имени. Когда член группы начинает выражать свои мысли конкретно и называет человека по имени (например, «Я хотел бы сблизиться с Мери, но она меня отталкивает»), это отлично подготавливает почву для следующей фазы сеанса (потому что почти наверняка у Мери пробудится любопытство, и она в какой-то момент поинтересуется у него: «А что я делаю такого, что вас отталкивает?»).

Будьте мягки, но настойчивы

Донимайте пациентов! Поощряйте, упрашивайте, убеждайте их сформулировать работоспособную повестку дня. Это может слегка раздражать, но в долгосрочной перспективе принесет хорошие плоды. По данным различных исследований, на заключительных беседах пациенты неоднократно говорили, что, несмотря на некоторое раздражение, испытываемое непосредственно во время встречи, в конечном счете они оценили настойчивость терапевта. Требуется мягкий подход к пациентам, которым трудно понять поставленную задачу. Составляйте за них планы сами, если это необходимо, в течение одной-двух первых встреч. Избегайте любых комментариев, которые могут ранить чувствительную натуру.

Уменьшить раздражение пациента поможет отслеживание его реакции по ходу дела. Отмечайте реакцию пациента и спрашивайте: «Я не слишком к вам пристаю?» или «Я не слишком на вас давлю?» (это на-

до делать неоднократно). Таким образом вы создаете у пациента ощущение, что он контролирует взаимодействие и может прервать его когда захочет.

Помогайте пациентам дифференцировать друг друга

Один из наиболее распространенных способов сопротивления взаимодействию с другими — нежелание дифференцировать членов группы. Так, пациентка может заявить, что она чувствует себя изолированной в жизни, и притом будет отказываться различать членов группы — назвать, кто из них ей ближе прочих. Поскольку истинное межличностное исследование и все последующее межличностное обучение не может по-настоящему начаться, пока человек не начнет проводить различия между членами группы, нужно подчеркнуть важность этой задачи. Терапевт должен объяснить, что нежелание дифференцировать людей — психологическая уловка, позволяющая человеку оставаться отстраненным и не принимать участия во взаимодействии, а это как раз те самые негативные шаблоны, которые пациент хотел изменить.

Направляйте пациентов к принятию определенных обязательств

Даже небольшое обязательство, взятое на себя пациентом в формулировке программы, служит важным терапевтическим рычагом. Например, пациент говорит, что его пугают другие люди. Пусть он решится назвать кого-то из группы, кто пугает его больше и меньше прочих. Или, допустим, человек заявляет о желании научиться выражать свои чувства. Пусть он возьмет обя-

зательство выразить в течение сессии по крайней мере одно-два чувства из тех, которые обычно подавляет. Или, скажем, пациент хочет научиться просить что-то для себя. Попробуйте добиться от него обещания, что он решится попросить группу уделить ему сегодня хотя бы 3–4 минуты. А если человек говорит, что стремится больше рассказывать о себе, пусть постарается сегодня раскрыть какую-то личную информацию, которой группа еще не знает. Каждое из таких обязательств служит как бы «кредитом» в банке, которым терапевт может пользоваться в течение сеанса.

Будьте позитивны и конструктивны

Не провоцируйте конфликты в группе. В ходе кругового обмена повестками дня терапевты помогают избежать конфликта и создать доверительную, конструктивную атмосферу. Для этого следует начинать исследование проблемы с акцентирования позитивных чувств. Если, например, человек заявляет, что его проблема заключается в том, что он не ощущает близость с другими людьми, терапевту лучше направить его на определение позитивной стороны спектра. Спросите, например: «Кто в этой группе, по вашим ощущениям, вам ближе всего?» или «С кем из группы у вас хорошо налажилось общение?» и т.д. Как только установлена атмосфера доверия и безопасности, вы можете мягко перейти к более проблемным областям. «С кем, по вашим ощущениям, у вас есть определенные препятствия в общении?»

Общая стратегия состоит в том, чтобы начать с самого дальнего от гнева конца шкалы и осторожно, мало-помалу приближаться к нему, пока не найдете оптимальную область для терапевтической работы.

*Превратите сопротивление в работу
над программой*

Нередко пациенты оказывают сопротивление заданию определить собственную повестку дня. Человек может быть с головой погружен в депрессию, деморализован или убежден, что не способен измениться и ему «лучше было бы умереть». В таких случаях всегда важно определить здоровую сторону в пациенте и стать ее союзником. Это та сторона, которая хочет выжить. Одно из преимуществ факультативности высокоуровневой группы – терапевт всегда может исходить из предпосылки, что та сторона личности пациента, которая ответственна за решение прийти сегодня в группу, борется за его личностный рост.

Круговой обмен программами может быть построен как упражнение, помогающее отдельным пациентам найти удовлетворение своим потребностям. Делая акцент на этом аспекте программы, терапевт обходит сопротивление и создает терапевтический альянс. Призыва вроде: «попросите что-нибудь для себя», «добейтесь удовлетворения собственных потребностей», «будьте чуточку эгоистичнее», «научитесь ценить себя и больше заботьтесь о себе» – как правило, оказывают пациенту огромную поддержку. Все они говорят об убежденности терапевта в том, что пациент – человек стоящий и заслуживает заботы и внимания. Благодаря этому давление терапевта на пациента, направляющее его уточнить личную программу, скорее всего не вызовет защитную реакцию. Люди редко возражают против того, чтобы их считали слишком бескорыстными, самоотверженными или склонными помогать другим. И вряд ли человек обидится на терапевта, который побуждает его больше заботиться о себе.

Порой сопротивление прорастает из проблем в терапевтических взаимоотношениях. Например, пациент может сопротивляться составлению личной повестки дня из-за своего общего намерения нанести терапевту поражение. Такие наклонности пациента сравнительно легко определить. И они, как правило, касаются нескольких видов лечебной деятельности клиники. Если уровень конфликта значителен, возможно, вам придется сначала прояснить ваши взаимоотношения с этим пациентом. Вы можете указать на то, что терапевта победить легко, но победа пациента будет пирровой победой — его потери намного перевесят приобретения. Зачем вам быть врагами? В конце концов, вы, терапевт, находитесь здесь, чтобы помочь ему. Почему и откуда возник этот конфликт?

Конечный вариант программы: клинические примеры

Полностью сформированные программы широко варьируют по содержанию, деталям и по форме. Представлять их исчерпывающий список нет смысла. Возьму лишь типичные примеры из практики групповых встреч. Они проиллюстрируют фактуру работоспособной программы.

1. «Вчера в группе Рик говорил о том, что он — гей, и у меня возникло множество чувств, которыми я тогда не поделился с группой».
2. «Продолжал бы ты (следует обращение к одному из мужчин в группе) по-прежнему разговаривать со мной и заботиться обо мне, если бы я перестала красить глаза?»
3. «Меня раздражало гиперактивное поведение Стива

(участник группы). Боюсь, что я ранил его чувства, когда упомянул об этом сегодня утром».

4. «Я хочу знать, каким образом моя привычка раскачиваться воздействует на других членов группы».

5. «Мне сказали, что я «не настоящий». Вчера вы двое (пациент указывает на двух других членов группы) сказали, что могли бы принять меня за одного из членов персонала. Я хочу выяснить, что это значит».

6. «Я должен понять, почему я так боюсь говорить в группе, в особенности в присутствии людей одного со мной возраста (указывает на трех членов группы)».

7. «Сегодня утром на групповых занятиях один человек сказал мне, что я «сливаюсь с мебелью». Вам тоже так кажется? Если да, я хочу над этим поработать».

8. «Я хочу научиться справляться со своим раздражением по отношению к мужчинам в этой группе».

9. «Мне нужно научиться разговаривать о своих сексуальных чувствах в присутствии других людей».

10. «Люди считают меня странным, потому что у меня фобия прикосновения. Я ужасно себя чувствовал, когда надо мной вчера смеялись из-за того, что я играл в карты в перчатках. Я хочу объяснить всем, каково это — испытывать такой страх».

11. «Сегодня утром на встрече сообщества я наговорил совершенно сумасшедших вещей, и очень расстроен тем, что так себя вел. Какие чувства я вызвал у вас?»

12. «Я хочу узнать, есть ли что-то во мне или в моем поведении, что могло бы заставить мужчину захотеть изнасиловать меня?»

Все это — «конечные продукты» работы над программами. Они полностью проработаны и оформлены терапевтом, и сильно отличаются от того, с чего пациенты начинали. Например, три последние програм-

мы были предложены пациентами, которые посещали группу больше 12 раз, и каждая программа – продукт значительной терапевтической эволюции. Последняя из них была сформулирована пациенткой, которая в течение первых нескольких встреч вообще отказывалась говорить о том, что ее изнасиловали. Наконец, научившись доверять группе и услышав, как другие пациентки говорят о том, что подверглись сексуальному насилию, она изъявила готовность обсуждать этот вопрос. И даже сумела в своей окончательной программе допустить (правда, после значительной терапевтической работы), что она, в отличие от большинства жертв изнасилования, ненамеренно способствовала тому, что с ней случилось.

Сопротивление составлению программы: принятие ответственности

Говоря о составлении планов, я уже отмечал, что это нередко оказывается сложным для пациентов. Многие не сразу понимают важность и механизмы этого задания. И до сих пор я сосредоточивался на методах, которые помогут терапевту преодолеть подобные когнитивные трудности. Однако есть и вторая причина затруднений пациентов. У этой причины гораздо более глубокие корни, и она – несравненно более упрямый тормоз для терапии. Сама природа задания по составлению программы глубоко затрагивает психопатологию многих пациентов и пробуждает яростное сопротивление. Поэтому, несмотря на самые отчетливые инструкции, некоторые пациенты могут оказаться неспособными понять задание, откажутся выполнять его, могут сильно разволноваться в процессе его вы-

полнения или, по неясным им самим причинам, злиться на все это упражнение в целом.

Дабы сформулировать последовательную стратегию преодоления этого сопротивления, терапевту требуется понимание его источника. Как сознательно, так и бессознательно пациенты могут уклоняться от составления плана, потому что это задание сталкивает их с вопросом ответственности.

Терапевт, который хочет полностью понять природу сопротивления, должен понять и концепцию ответственности — подтекст задания по составлению личной повестки дня. Ответственность имеет отношение к «авторству». Сознать свою ответственность — значит сознавать, что ты создаешь самого себя, собственную судьбу, жизненное предназначение, чувства и, если уж на то пошло, свои страдания. Экзистенциальная позиция в психотерапии предполагает, что существуют опеределенные «вечные вопросы», с которыми личности приходится в своей жизни сталкиваться (сознательно или бессознательно). В книге «Экзистенциальная терапия» я касаюсь таких вечных вопросов, как смерть, одиночество, бессмысленность и свобода [1].

Из этих четырех «вечных вопросов» свобода теснее остальных связана с сопротивлением задаче по составлению программы. Свобода имеет два главных компонента: ответственность и желание. Мы избегаем столкновения со свободой (и с любым из остальных «вечных вопросов»), потому что это порождает колоссальную тревогу. Человек избегает сталкиваться с ответственностью, потому что осознание ответственности — глубоко пугающее чувство. Только подумайте о его последствиях! Если верно, что мы сами сообщаем значение этому миру, что это мы, по собственному выбору, создаем свою жизнь и предназначение; если вер-

но, что нет никаких внешних третейских судей, а во Вселенной не существует никакого великого замысла — тогда также верно и то, что мир не всегда таков, каким он нам кажется. Вместо всеобъемлющего мирового замысла вокруг и твердой почвы под ногами — предстояние перед крайним одиночеством самосоздания и ужасом отсутствия опоры.

Существует множество клинических примеров того, как пациенты избегают осознания ответственности. Можно, прибегнув к экстернализации, переложить ответственность за свою жизнь на других, вину за случившиеся неприятные события — на какую-то внешнюю фигуру или силу. Можно отрицать свою ответственность, считая себя «невинной жертвой» тех событий, которые (невольно) сам привел в движение. Временное пребывание «не в своем уме» тоже бывает способом избегания ответственности. Нередко «копирование» образа жизни других помогает избежать самостоятельного поведения и выбора. Еще один механизм — компульсивное расстройство, при котором человек ощущает, что его собственные действия вышли из-под его контроля.

Важный начальный шаг в терапии пациентов со всеми этими клиническими расстройствами — помочь человеку принять свою роль в создании собственного дистресса. Ведь если пациент не примет такую ответственность и будет упорно перекладывать вину за свою дисфорию вовне — на других людей либо другие силы, то никакая эффективная терапия невозможна. Следовательно, принятие ответственности — первый решающий шаг в терапии. Однако он встречает сильное сопротивление. Пациент бессознательно противится ему, потому что боится утратить почву под нога-

ми (это неизбежное следствие полного осознания ответственности).

В принятии ответственности есть еще один источник тревожности. Если пациенты начинают осознавать, что ответственны за свои нынешние затруднения, то они все ближе подходят к принятию ответственности за течение своей жизни в прошлом. Многим пациентам это осознание причиняет мучительную боль. Когда человек оглядывается на руины своей жизни, на свой нереализованный потенциал, на все возможности, которые он так и не использовал, его захлестывает чувство вины. Причем «вины» не в традиционном смысле этого слова (связанной с тем, что мы причинили другим людям), а в экзистенциальном смысле. Это вина за то, что человек сделал с собственной жизнью.

Таким образом, простой акт формулирования программы на самом деле не так уж банален. Он ставит пациента лицом к лицу с фундаментальными проблемами его бытия, а они всегда порождают тревожность. Давайте рассмотрим шаги, которые должен сделать пациент при правильном составлении программы.

Осознание в себе того, что необходимо изменить

Это чрезвычайно важный шаг для пациента — осознать, что в нем есть нечто, что он должен изменить. Для некоторых пациентов, которые склонны к чрезмерной экстернализации, это вполне самодостаточная цель работы в группе психотерапии кризисного стационара. Пациенты, которые рассматривают источник своих проблем как внешний (несправедливое отношение со стороны работодателей, предательский уход партнера) или занимают позицию «жертвы судьбы», не могут начать процесс изменений, пока не ознако-

мятся с собственной ролью в своих жизненных затруднениях. В противном случае — зачем меняться?! Тогда проходить терапию надо не самому человеку, а тому, кто его обидел! До тех пор, пока пациенты видят причины своих бед во внешних обстоятельствах, психологическая помощь, которую они в состоянии принять, ограничена лишь состраданием, поддержкой, советами и предложениями.

Склонные к чрезмерной экстернализации пациенты составляют в стационарной клинике большую долю. Для них характерны самые разнообразные виды патологии: психофизиологические расстройства, параноидные и особенно злоупотребление психоактивными веществами. Часто такие пациенты госпитализированы против собственной воли.

*Определение конкретного аспекта,
который человек желает изменить*

Определение конкретного участка работы — важная фокусирующая задача для любого пациента. Большинство пациентов так деморализованы и ошеломлены тем, что их жизнь пошла наперекосяк, что не питают никакой надежды на перемены. Способность заставить себя определить стартовую точку, обязаться решить конкретную задачу часто может вдохнуть в пациента надежду и победить его растерянность.

Сообщение о своих желаниях другим людям

Крайне важный шаг, к тому же связанный с плоскостью психопатологии многих пациентов — научиться сообщать о своих желаниях другим. Человек должен понять, что окружающие не умеют читать его мысли,

что они не могут автоматически узнавать о его желаниях. И человек должен заявлять о своих желаниях вслух, иначе о них никто никогда не узнает, не говоря уж о том, чтобы их удовлетворить.

Осознание этого ведет к важному прозрению о том, что мы в действительности одиноки (каким бы неприятным это ни оказалось), что нет никакого всезнающего слуги, приглядывающего за нами; что мы не можем измениться, пока не изменим себя сами. Структура составления программы приводит к этому открытию еще одним маршрутом. Пациенты, посетив несколько групповых встреч, постепенно начинают понимать, что если они не сформулируют свою повестку дня, то от сеанса им будет мало пользы. Даже после двух-трех встреч пациенты уже прекрасно представляют, какого типа программа приводит к эффективной работе. На определенном уровне осознания программа инициирует внутренний диалог, в ходе которого пациенты вынуждены вступить в схватку один на один со своим нежеланием меняться.

Вот иллюстрация процесса проработки программы женщины, страдающей депрессией. Она ощущала себя побежденной, испытывала презрение к себе и изложила следующую повестку дня: «Я чувствую себя абсолютной неудачницей. Все, чего я сегодня хочу от группы, это поддержки. Мне необходимо побольше «поглаживаний».

Терапевт призвал ее развить эту мысль: «А какого рода «поглаживания» вам нужны? Что бы вы хотели услышать от участников группы?»

Разумеется, такое направление расспросов чрезвычайно раздражает. Когда вас просят сказать, какие именно высказывания вы хотите услышать от людей,

от которых ждете спонтанной положительной реакции, это вызывает досаду. Ответ пациентки отразил ее недовольство. Она рявкнула: «Если мне придется сказать им, *что* они должны говорить мне, тогда это не считается!»

Однако на другом уровне *очень даже считается* то, что пациентка не только выразила вслух свою боль, но и точно указала, что именно могло бы заставить ее почувствовать себя лучше. Это гигантский шаг на пути к тому, чтобы узнать, как «стать себе отцом и матерью». А для данной пациентки, как и для многих других, это и есть главная цель психотерапии.

Обучение тому, как можно о себе позаботиться

В ходе кругового обмена программами нередко некий пациент объявляет, что он слишком расстроен, чтобы выполнить это задание.

Рассмотрим следующую клиническую иллюстрацию. Одна из пациенток стационарной группы, молодая женщина по имени Диана, сидела, скорчившись, на диване, опустив лицо в ладони, и через пару минут после начала встречи принялась громко всхлипывать. Когда терапевт задал ей вопрос о ее программе, она дрожащим голосом ответила, что все утро проплакала в постели, что она не способна нормально функционировать и очень близка к самоубийству: «Я просто слишком потрясена, чтобы составлять какой-то план. Я сегодня хочу просто побыть в группе. Это все, что я могу сказать».

Прежде всего, позвольте мне обрисовать наиболее вероятный сценарий этой встречи, если бы терапевт позволил ей идти своим чередом. Члены группы, несомненно, бросились бы на помощь. Очень трудно игнорировать человека в таком экстремальном состоя-

нии. Они бы попытались «подпитать» Диану. А она, вероятнее всего (как терапевт уже знал по опыту других сеансов), нашла бы способы отклонить эти попытки (типа «Да, конечно, но...»). Мало-помалу у членов группы проснулось бы раздражение (из-за того, что она монополизировала встречу), а также уныние и досада (из-за неспособности помочь ей).

Даже если бы группа преуспела в своих попытках утешить и поддержать Диану, это никоим образом не означает, что такого рода сеанс пошел бы ей на пользу. Всякий раз, когда ее таким образом поддерживали, она в течение некоторого времени чувствовала себя лучше, но облегчение было мимолетным и исчезало, не оставив по себе ни крохи самопознания, которое могло бы пригодиться ей в следующих кризисах. Задачей терапевта было поработать с Дианой так, чтобы снабдить ее инструментами, которые могли бы оказать ей полезными в следующем эпизоде сильного дистресса.

Чтобы выполнить эту задачу и избежать антитерапевтического сценария как для Дианы, так и для группы, терапевт должен был помочь Диане принять ответственность за ее собственную терапию. Наиболее приемлемой стартовой точкой было подтолкнуть ее к решению использовать помощь группы для улучшения настроения. Терапевту надо было мягко подвести ее к формулировке подобной программы. Он мог начать с вопроса типа: «Диана, что бы вы могли сегодня сделать такого, дабы 75 минут спустя, когда вы выйдете из комнаты, вы чувствовали себя лучше?» Если бы она не сумела или не пожелала ответить на этот вопрос, терапевт мог поискать другие пути, помогая пациентке воспользоваться собственными ресурсами. Он мог спросить: «Диана, с вами уже случалось такое прежде.

Что помогало вам почувствовать себя лучше в прошлый раз?», или: «Диана, я знаю, что несколько раз вам казалось, что группа приносит вам пользу. Я видел, как вы выходили из комнаты, в более приподнятом настроении. Что помогло вам на тех встречах?»

Терапевт использовал все эти подходы, чтобы ненавязчиво подвести Диану к принятию ответственности. Она проигнорировала несколько первых вопросов терапевта, но потом сказала, что в прошлом ей помогало, когда она делилась с группой личной информацией о себе. Один из поводов, вызвавших нынешнее расстройство, — у нее нет ни одного близкого человека, с которым она могла бы поговорить. Она пожаловалась на отсутствие в своей жизни близких отношений.

Терапевт ответил: «Тогда, Диана, вы сами знаете единственный путь, как помочь себе: сблизиться с кем-нибудь». Когда Диана согласилась, у терапевта появился терапевтический рычаг, который позволил ему продолжать работу. Он спросил: «Диана, что вы можете предпринять, чтобы почувствовать себя ближе к другим людям?» Диана к этому моменту перестала всхлипывать и сказала: ей кажется, она больше сблизилась бы с другими людьми, если бы стала сама собой — сняла бы маску и рассказала что-то «настоящее» о себе.

К этому моменту Диана справилась с двумя третьими задачи по составлению программы: она определила изменяемый аспект своего поведения и выразила его в межличностных терминах. Оставалось только перевести эту программу в плоскость «здесь и сейчас». Терапевт попросил: «Диана, будьте добры, оглядите комнату и выберите кого-нибудь из присутствующих здесь, с кем бы вы хотели сблизиться и рассказать что-то о себе». Диана выбрала Лизу, молодую женщину примерно своего возраста. Терапевт спросил, пред-

почла бы Диана сделать это сейчас, в группе, или после встречи. Она ответила, что предпочла бы сделать это после встречи; и с подачи терапевта они с Лизой договорились о получасовом разговоре после завершения группового сеанса. И Диана пообещала поделиться кое-чем из того, что они с Лизой будут обсуждать, на следующий день с группой. (Назавтра мы узнали, что Диана во всех подробностях рассказала Лизе о своем тревожном эпизоде — о том аспекте своей личности, который являлся важным источником ее ненависти к себе и тайной, которой она редко с кем-нибудь делилась.)

В конце встречи терапевт отметил, что Диана выглядит намного лучше, и справился у нее, действительно ли ее самочувствие улучшилось. Получив утвердительный ответ, он «закрепил пройденное», спросив ее, что же, по ее мнению, помогло улучшить ее настроение. Она без каких бы то ни было затруднений ответила: ей помогло то, что она потянулась к другим людям в группе.

Важно, чтобы у пациентов сохранялось это умение, дабы они смогли выстроить такой поведенческий репертуар, который поможет им позаботиться о себе в будущем. Терапевты хотят сдвинуть пациентов с убежденности в том, что совершенствование, равно как и декомпенсация, находятся вне их контроля и просто падают в их жизнь с неба, подобно дождю. Для терапевтов обычное дело — исследовать во всех подробностях те события, которые ответственны за декомпенсацию пациента; но не менее важно исследовать и события, ответственные за улучшение. Всякий раз как пациент в состоянии дистресса демонстрирует признаки улучшения самочувствия, терапевту необходимо ставить вопрос о том, какие события этому способствовали. Если, например, человек отвечает, что улуч-

шение наступило после разговора с медсестрой, с другим пациентом или с врачом, тогда исследуйте, какие именно детали этого разговора привели к такому эффекту. Подчеркивайте и выделяйте полезные компоненты разговора, чтобы пациент смог «присвоить» их и снова воспользоваться ими в будущем.

Некоторые терапевты неохотно анализируют улучшения. Они любят вспоминать старую притчу о сороконожке. Когда сороконожку спросили, каким образом она передвигается, не путаясь в таком количестве ног, она принялась анализировать свой способ ходьбы, тогда ее спонтанный ритм нарушился, и она вообще не смогла ходить. Некоторые боятся, что то же самое может произойти в терапии: будто улучшение представляет собой шаткий баланс сил, и терапевт может нарушить его спонтанность, обнажив «магические» аспекты улучшения. На мой взгляд, если бы у процесса улучшения было такое шаткое основание, что оно нарушается при малейшем изучении, то маловероятно, что оно хорошо послужит пациенту в будущем.

Соппротивление составлению программы — проводник к психопатологии

Нередко задание по составлению программы вызывает тревожность, потому что проникает глубоко в сокровенные области патологии. Задача терапевта — не просто помочь пациенту сформулировать план, но использовать это сопротивление как проводник, помогающий пациенту определить ключевую патологическую область, принять необходимость работы над ней и инициировать ее. Некоторые клинические примеры могут пролить свет на этот вопрос.

Страх изоляции: Марго

35-летняя Марго была психиатрической медсестрой, которая в четвертый раз госпитализировалась в стационар после попытки самоубийства. Хотя на других терапевтических занятиях ее считали образцовой пациенткой, она чрезвычайно сильно сопротивлялась процессу составления программы. Стоило завести речь о личной повестке дня, как она впадала в необъяснимую раздражительность и не могла сформулировать вообще ничего. Притом собственная неспособность заставляла ее ощущать себя глупой и некомпетентной по сравнению с остальными членами группы. Эта ситуация была для нее непривычной и дезориентирующей, поскольку она обладала прекрасными речевыми навыками и была весьма искушена в психологии.

Марго испытывала сильное любопытство по отношению к себе и достаточно быстро признала, что блокировка и гнев при составлении программы, похоже, имели иррациональные корни. Вскоре ее план в группе терапии стал таким: «Я хочу выяснить, почему мне так трудно составить повестку дня».

Ее первое прозрение состояло в том, что она всегда выступала в роли дающего. В качестве психиатрической медсестры она только и делала, что отдавала. Просить помощи было не в ее характере. Она уловила суть этой проблемы: ее неоднократные акты членовредительства и суицидальные жесты были, как она поняла, скрытыми просьбами о помощи.

Какие еще причины, спросил терапевт, не позволяли ей открыто изложить просьбу о помощи? После того как он несколько раз повторял тот же вопрос на протяжении нескольких встреч, Марго осознала сильное подспудное желание, чтобы терапевт догадался,

чего она хочет, не спрашивая ее об этом. Ей было крайне неуютно при мысли о том, что «где-то там» нет надежного ангела-хранителя, который бы молча за ней присматривал.

Вскоре она начала говорить о подобных ситуациях в своей жизни. В течение многих лет она испытывала сильнейшую панику, когда оставалась одна. Она несколько лет была в разводе. Ее бывший муж снова женился и выражал горячее желание взять на себя заботу об их ребенке. И хотя Марго понимала, что ни психологически, ни финансово не имеет возможности заботиться о дочери, все же не хотела ее отдавать. Она осознала, что держала дочку при себе не ради ее блага, но ради себя самой, используя девочку как «буфер» между собой и полной изоляцией. Глубоко в душе, в самом темном ее уголке она всегда знала это и испытывала чувство вины и презрения к себе.

Паника Марго в те моменты, когда она оставалась наедине с собой, далеко превосходила известные чувства, которые переживают многие люди после развода (одиночество, социальная отверженность, страх оказаться беззащитной перед чуждым вторжением). Вместо всего этого у нее возникало всепроникающее чувство небытия. И, как многие пограничные пациенты, она ощущала себя реальной только если другой человек воспринимал и подтверждал ее реальность.

Зависимость Марго от поддержки кем-то ее чувства реальности имела далеко идущие последствия как для терапии, так и для ее социальных взаимоотношений. Марго панически боялась, что ее терапевт ее забудет. Она с гневом и ужасом описывала один случай, когда терапевт, который лечил ее почти год, через несколько лет встретил ее на улице — и ему потребовалась «целая минута», чтобы вспомнить ее имя.

Дискомфорт в процессе формулирования программы помог ей понять, до какой степени страх изоляции овладел ее жизнью. Например, во время каждой из своих предыдущих госпитализаций она влюблялась в совершенно неподходящего, часто — с острыми нарушениями, пациента. Теперь она сумела понять: именно страх изоляции заставлял ее во что бы то ни стало связаться с мужчиной — *любим* мужчиной, только бы не оказаться лицом к лицу со своим одиночеством.

Потребность в зависимости: Хэл

Хэл, пациент 50 лет, был госпитализирован в третий раз в состоянии глубокой депрессии. (Каждая из его госпитализаций была вызвана угрозами его жены развестись с ним.) Во время групповых встреч он демонстрировал безнадежную неспособность понять задание или сформулировать внятную программу. Раздражение его все нарастало, и он с досадой отвечал: «Если бы я знал, что со мной не так, я бы здесь не находился!» Такое отношение особенно обескураживало терапевта, поскольку во время предыдущей госпитализации он эффективно использовал группу.

Наконец, после продолжительных уговоров терапевта, Хэл сформулировал свою программу: «Этим утром на занятиях «группы метафор» несколько пациентов описали меня как «междугородный автобус со спущенной шиной и без водителя». Я хочу услышать от тех из вас, кто присутствовал в той группе, что именно вы имели в виду!»

Когда руководитель группы спросил Хэла, какие у него самого возникли подозрения, тот заартачился и, несмотря на свой высокий уровень интеллекта, объявил, что пребывает в полном недоумении. Пассивная

и беспомощная поза по отношению к задаче составления программы перекликалась со всем его нынешним подходом к терапии. Например, он заявлял, что попал в клинику из-за того, что жена по совершенно ему неясным причинам решила развестись с ним. Затруднения, пассивность и наигранное неведение Хэла мешали терапии на каждом шагу.

Руководитель группы настаивал на том, чтобы помочь Хэлу сформулировать повестку дня, напоминая ему, что раньше групповые встречи вроде бы приносили ему пользу. «Если это действительно так, вспомните, как вам помогала группа в те разы?» — спрашивал терапевт. Хэл согласился с тем, что в прошлом группа была ему полезна. Затем робко, почти стыдливо признался: это было благодаря возможности откровенно рассказать о себе и быть принятым другими людьми.

Тут терапевт и остальные члены группы сумели обрисовать центральную проблему Хэла. Он был в серьезном дистрессе. В его распоряжении было множество источников, позволяющих помочь самому себе, но он упорствовал в своем «убеждении», что ничего не знает и ничего не может сделать. Метафора с автобусом без водителя была очень уместной: Хэл прятался внутри себя, «под сиденьем», симулируя неведение, ожидая «водителя». Со временем группа точно определила эту проблему, задавая Хэлу вопросы: «Почему вы притворяетесь, что не знаете, что с собой делать? Какова цена вопроса? Что в этом такого особенного для вас?»

Это было эффективным упражнением по «определению проблем». Составление плана помогло идентифицировать проблему, которую Хэл мог сделать центральной во всех видах своей терапии — как групповых, так

и индивидуальных, а также в работе с брачным консультантом. Позже из обсуждения с его семейным терапевтом мы узнали, что проблема, обозначенная в группе терапии, была созвучна работе с Хэлом в семейной терапии. Жена Хэла ушла из-за его пассивности и зависимости, и он отреагировал тем, что стал еще более пассивным и беспомощным – каким и предстал в группе терапии. Бессознательно он надеялся, что его крайняя беспомощность помешает жене покинуть его. Аналогично в группе он желал, чтобы его зависимость от других заставила терапевта и членов группы почувствовать и удовлетворить все его потребности. Если бы терапевт потакал этой беспомощности, неадаптивное поведение Хэла от этого только укрепилось бы. Столкнув Хэла лицом к лицу с его внутренним двуличием («Почему вы притворяетесь, что не понимаете?»), терапевт помог ему идентифицировать одну из его основных характерологических проблем.

С такими пациентами, как Марго и Хэл, острые проблемы которых лежат в сфере пассивности и зависимости, главную часть терапевтической работы составляет процесс формулирования личной повестки дня (но не выполнение ее! Это происходит позже во время встречи). Иными словами, для таких личностей оказаться способным идентифицировать проблему, изложить план действий и принять на себя ответственность за желаемые перемены – уже достижение. Поэтому формулирование программы может происходить очень медленно. Терапевт не должен впадать в заблуждение, считая, что это только прелюдия к терапевтической работе: сама формулировка зачастую *и является* этой терапевтической работой.

Боязнь роста: Юниор

«Юниор» — это прозвище 23-летней женщины в депрессии, которая была госпитализирована сразу после своего решения отдать на удочерение 5-месячную внебрачную дочь. Во время первой групповой встречи она, в отличие от остальных членов группы, сидела на полу, нервно накручивая на палец волосы. Ее в последнюю очередь спросили о программе, и единственным ее ответом — шепотом, сквозь слезы — было: «Я виновата...» При малейшем нажиме она полностью закрылась, сумев сквозь всхлипывания выдать только: «Я не могу этого сделать, я не знаю, почему я не могу составить программу».

Терапевт почувствовал, что дальнейшее давление будет малопродуктивным, и попробовал другую тактику. Он сказал: «Юниор, мне кажется, я знаю, почему вы не можете сформулировать план». У Юниор пробудился интерес, и она выжидающе подняла на него глаза. Терапевт продолжал: «Вы несколько месяцев заботились о ребенке, а теперь вы хотите, чтобы о вас самой позаботились». Юниор прошептала: «Да». Один из членов группы спросил ее: «Вы поэтому все время разговариваете шепотом?» Юниор снова прошептала: «Да». Терапевт спросил: «На какой возраст вы чувствуете себя в данный момент по сравнению с остальными членами группы?» (Кстати, такой вопрос часто оказывается весьма продуктивным.) Юниор ответила: «Я чувствую себя очень, очень, очень маленькой».

С этого момента был открыт путь для установления программы и заключения договора. Терапевт задал ключевой вопрос: «Вас это устраивает?» Юниор ответила довольно громко: «Нет!» — «Тогда, — про-

должал терапевт, — возможно, полезно будет сделать следующее: попытаться выяснить, как вам стать более взрослой здесь, в этой группе». Юниор согласилась, и терапевт продолжил работать над программой, попросив других членов группы вступить в ролевую игру и сказать, как бы они сформулировали «взрослую» программу, если бы оказались в положении Юниор. Три пациентки отозвались сразу же. Одна женщина сказала, что она бы хотела немного поработать над своим чувством стыда за то, что отдала своего ребенка. Другая думает, что желала бы поговорить о своей ярости в адрес отца ребенка, который бросил Юниор, и вообще — в адрес всех мужчин. Третья предположила, что она бы сказала: «У меня нет сил. Я сделала все, что могла, и хочу, чтобы сейчас обо мне позаботились».

Эта встреча имела для Юниор огромное значение. Хотя она оставалась в клинике еще три недели, в завершающем собеседовании перед выпиской Юниор отметила, что тот момент, когда она осознала, насколько юной себя чувствует и насколько хочет, чтобы о ней позаботились, был самым важным за все время госпитализации.

Формирование программы: завершение задания

Существуют самые разнообразные типы программ, формулируемых пациентами. Программа является функцией многих переменных факторов, включая состав группы на данный день, степень ее стабильности и размер. Если группа сравнительно стабильна и все присутствующие участники сформулировали свои повестки дня на предыдущих встречах, круговой обмен может

быть проведен быстро. Это никоим образом не значит, что члены группы будут использовать одни и те же планы каждый день. Бывает, что пациент работает над одной программой несколько встреч подряд. Но, как правило, она все же до некоторой степени меняется.

Человек может изменить фокус своей программы из-за присутствия в группе новичков или потому, что работа в предыдущий день открыла новые перспективы. Если в группе присутствует много новичков, круговой обмен планами займет много времени. Если группа достаточно большая, то каждому плану придется уделить меньше времени.

Хорошо проведенный круговой обмен программами приводит к появлению «шведского стола» клинической информации, который должен побудить группу к продуктивному использованию оставшегося времени. Давайте рассмотрим следующую встречу, где присутствовало 9 пациентов.

Приблизительно за 25 минут энергичный, настроенный на поддержку терапевт помог членам группы сформулировать такие «окончательные» программы.

1. «Меня в детстве часто били. У меня осталось множество связанных с этим чувств, которые я еще не проработала. Я никогда не разговаривала о них с другими людьми и хочу, чтобы группа помогла мне обсудить это».

2. «У нас с вами (ведущим группы) остались кое-какие незаконченные дела с прошлого раза, и я бы хотела поговорить о них сегодня».

3. «Я научился определять свои чувства. Думаю, что могу заниматься ими самостоятельно, но я хочу попробовать поговорить о тех чувствах, которые будут возникать у меня во время этой встречи».

4. «Я должен научиться больше рисковать в отношениях с другими и отстаивать свою позицию, особенно в разговорах с присутствующими здесь мужчинами».

5. «Я чувствую себя очень ранимой и обиженной и хочу поработать над этим в группе. Я бы хотела суметь рассказать всем присутствующим в группе о том, как меня обижали».

6. «У меня возникли сильные чувства по поводу разговора, который состоялся у нас с Майком (еще один пациент в группе) этим утром, и у меня есть желание над ними поработать».

7. «У меня сегодня нет сил формулировать программу». Терапевт подбодрил пациентку, задав вопрос, который обычно оказывается эффективным: «А если бы у вас были силы сформулировать программу, как вы думаете, какой бы она оказалась?» Тогда пациентка сказала: «Думаю, я попросила бы членов группы об обратной связи, особенно — мужчин, поскольку обычно я почему-то воспринимаю их как врагов».

8. «Я хочу поговорить о тех чувствах, которые у меня возникают по поводу моей физической внешности. Я такая крупная и высокая, что, по-моему, все пытаются приклониться ко мне в поисках помощи».

9. Новый пациент: «Я оказался в клинике, потому что мой психиатр (женщина) на несколько недель уехала из города. Я люблю ее и хочу жениться на ней, и хотел бы поговорить об этом в группе». Терапевт спросил, как именно группа могла бы ему помочь — ведь, в конце концов, его психиатра в группе не было: «А нельзя ли поработать над чем-нибудь, имеющим большее отношение к группе?» Тогда пациент сказал, что похожие чувства сформировались у него по отношению к одной из женщин в группе, и, возможно, стоило поговорить о них.

Выполнение программы

Завершение кругового обмена программами говорит о том, что мы добрались до очередного «рубежа» встречи. Можно использовать этот рубеж как еще один шанс поставить группу лицом к лицу с темой принятия ответственности. Например, терапевт может констатировать: «Ну что ж, мы закончили переключку, и нам ясно, что члены группы заявили несколько важных программ. К чему мы перейдем теперь? Как бы вы хотели начать работать над ними?» Если в этот момент терапевт поймает чей-то взгляд, то это будет равносильно обращенному к этому человеку приглашению начать говорить о своей программе, поэтому лучше будет в течение пары минут смотреть куда-то в сторону. Такая стратегия поощряет кого-то из группы принять на себя ответственность и сказать: «Ну, давайте я начну» или «Думаю, что мы должны начать с программы Джо». Этот начальный поступок часто бывает весьма символичным. Он составляет важную фазу работы для тех членов группы (а их бывает много), чьи планы касаются одной из следующих областей: попросить время для себя, научиться просить о помощи, отстаивать свои интересы, идти на риск или настраиваться на потребности других.

Эти 1–2 минуты молчания, во время которых члены группы разбираются с вопросом, как им следует начать встречу — пауза, исполненная значения. Порой терапевт может эффективно использовать этот период: позже расспросить о чувствах тех, кто заговорил, и тех, кто промолчал (но, возможно, затем пожалел об этом). Испытали ли они облегчение или разочарование, когда кто-то другой взял на себя ответственность попросить для себя время?

Общие стратегические направления

Стадия выполнения программы в группе во многих отношениях напоминает любую встречу группы терапии, основанную на взаимодействии, в ходе которой терапевт помогает членам группы исследовать и изменять неадаптивное межличностное поведение и способствует фасилитации максимально возможного количества терапевтических факторов. Терапевт должен стараться установить как можно более тесную сплоченность группы, поощрять альтруистическое поведение, дать пациентам возможность ощущать универсальность, помогать им развивать техники общения, заронить в них надежду. И, как и в любой группе терапии, терапевт способствует фасилитации межличностных изменений, помогая членам группы не только запрашивать, получать и обеспечивать обратную связь, но также доверять друг другу и поддерживать друг друга, идя на самораскрытие.

Однако есть одно важное отличие. Поскольку терапевт имеет в своем распоряжении повестки дня каждого пациента в группе, он может направить работу встречи в «подготовленное» и эффективное русло. Продолжительность жизни стационарной группы – один-единственный сеанс, и та информация, которую терапевт собирает во время кругового обмена программами, позволяет ему действовать с максимальной эффективностью. Терапевт знает, какие пациенты нуждаются в том, чтобы научиться обеспечивать обратную связь, а какие – принимать ее; кому из пациентов нужно научиться быть более активными, а кому – слушать и быть чувствительными к потребностям других. Короче говоря, терапевт получает схему действий, которая должна гарантировать эффективную и значимую групповую работу.

Максимальное благо для наибольшего числа пациентов

Если на встрече присутствуют, скажем, 10 человек, каждый из которых предложил работоспособную программу, а до конца встречи остается 30 минут, очевидно, что не со всеми программами удастся как следует поработать в течение оставшегося времени.

Поэтому терапевт должен в самом начале встречи открыто сказать о том, что обмен программами тоже является *частью работы группы*, а не прелюдией к работе, и что нет уверенности в том, что все личные повестки дня будут проработаны.

Программы заявляют то, над чем члены группы хотели бы поработать, если позволит время.

Если не внести ясность в этот момент, то у некоторых пациентов возникнет ощущение, что терапевт не исполнил данное им обещание. Действительно, некоторые пациенты из-за своей тенденции к переносу склонны воспринимать групповую встречу именно как твердое обещание. Им требуется несколько недвусмысленных повторений вышеупомянутых доводов.

Тем не менее, даже при учете этих ограничений важно, чтобы терапевт уделил внимание как можно большей части из задуманного пациентами. Обычно проведение какой-то терапевтической работы с большинством заявленных на данный сеанс программ вполне осуществимо.

Достижение этой цели требует, прежде всего, величайшего внимания со стороны терапевта. К концу кругового обмена программами вы должны, независимо от размера группы, помнить программу каждого чело-

века. При наличии практики вы с легкостью сможете удерживать в памяти не менее 12–14 программ. Запоминать их гораздо легче, если вы проявляете достаточную активность, помогая пациентам оформить свои планы. Вы можете тренировать свою память на запоминание планов, касаясь программы каждого пациента в обсуждении с коллегой-терапевтом или с наблюдателем после встречи.

Работайте над несколькими программами одновременно

Весьма желательно и почти всегда возможно работать над несколькими программами одновременно. Избегайте, если сможете, работы над каждым планом по очереди, а также работы как бы один на один с пациентом. Вместо этого пытайтесь приспособить планы пациентов друг к другу. Эффективный руководитель группы напоминает оркестрового дирижера, который объединяет индивидуальные партии каждого члена оркестра в общее целое.

Например, вот как выглядели программы трех членов группы из восьми человек.

Барт сообщил, что хочет научиться заводить друзей: «У меня никогда не было ни одного по-настоящему близкого друга, и мне кажется, что я просто не знаю, как по-настоящему подружиться с человеком».

Ивонна сказала: «Мне требуется обратная связь. Я хочу больше узнать о том, как я общаюсь с людьми, чтобы попробовать восстановить отношения с мужем. Мне говорят, что я делаю что-то такое, что отталкивает от меня людей, — но я не очень понимаю, что именно».

Стюарт заявил: «Мой врач говорит — и я с ним со-

гласен — что мне нужно научиться больше говорить о себе. Я все держу в себе и порой чувствую, что вот-вот взорвусь».

Первым проявил инициативу Стюарт, сказав: «Я, пожалуй, рискну». И он действительно рискнул! Стюарт рассказал о саморазрушительных фантазиях, о самосожжении и о своей психотической убежденности в том, что его вожделение к девочке-подростку каким-то образом было ответственно за пожар в его доме, который едва не уничтожил его семью.

После такого откровения у терапевта появился широкий выбор возможных действий. И используя принцип смешивания программ, терапевт намеренно обратился к Барту (который хотел научиться заводить друзей) и спросил его, какие у него возникли чувства по поводу того, что рассказал Стюарт. Барт ответил Стюарту совершенно обезличенным предложением: «Думаю, всякий раз, как у тебя возникают подобные фантазии, тебе следует звонить своему терапевту!»

В этот момент представилась прекрасная возможность активно поработать над программой Барта. Терапевт обернулся к Стюарту и спросил, что он чувствует по поводу комментария Барта. Испытывает ли он к Барту дружеские чувства? Захотел ли он в результате узнать Барта поближе — или слова Барта оттолкнули его? Стюарт заявил, что предложение Барта оставило его равнодушным и увеличило дистанцию между ними. После этого терапевт сумел, привлекая на помощь Барта, показать, что намерение того было вовсе не таким, что он хотел протянуть Стюарту руку помощи и сказать ему что-нибудь теплое и поддерживающее.

Затем группа принялась обсуждать, какого рода

слова со стороны Барта могли бы помочь Стюарту почувствовать себя ближе к нему. Терапевт заметил, что одной из ключевых составляющих возникновения дружбы является взаимная откровенность. Когда один человек, в данном случае Стюарт, рассказывает другому что-то о себе, то он идет на риск, и наиболее эффективно утешить и поддержать его собеседник может, рассказав в ответ нечто о себе. Барту предложили сделать вторую попытку, и в конечном счете он рассказал о своих плотских чувствах к сводной сестре, которые вызывали у него сильное чувство вины. После этого Стюарт подтвердил, что, действительно, почувствовал себя ближе к Барту.

Терапевт задал Ивонне вопрос о том, что она ощутила в связи с рассказом Стюарта. (Вспомните: ее программа состояла в том, чтобы узнать, как она отталкивает от себя людей, и восстановить отношения с мужем.) По своему обыкновению, она пустилась в многословный, запутанный, уснащенный большим количеством незначительных подробностей рассказ о своем первом и втором мужьях и о целом ряде соседей, называя каждого по имени. Спустя несколько минут вся группа чувствовала себя дезориентированной и раздраженной. Тогда руководитель прервал Ивонну и сказал, что, по его мнению, наступил тот самый момент, когда ей следует остановиться и получить обратную связь, о которой она просила. Ивонна упросила дать ей еще одну минуту и, ко всеобщему удивлению, немедленно перешла к сути дела. Она поделилась своей убежденностью в том, что какие-то из ее скверных мыслей ответственны за умственную отсталость ее сына.

В обратной связи, которую Ивонна хотела получить от группы, не было недостатка. Члены группы сообщили ей, что в самую последнюю минуту поняли, что

Ивонне на самом деле есть чем поделиться со Стюартом и что ее информация очень важна и имеет прямое отношение к делу. Но *en route*¹ она их смутила и вызвала ощущение досады: она назвала множество имен людей, с которыми члены группы незнакомы, сообщила массу несущественной информации, не позаботилась о смысловых связках, которые дали бы группе возможность понять связь между ее историей и откровением Стюарта. Сам Стюарт признался, что поначалу он пытался внимательно слушать Ивонну, но через несколько минут у него в голове все смешалось, он оставил всякую надежду, что она скажет ему что-то важное, и давным-давно отключился.

Так в течение примерно 10 минут удалось коснуться трех программ и эффективно поработать над ними.

Заставьте программы работать

Терапевт должен позволить заявленным программам сделать за него максимальную возможную часть работы. Важно помнить все выдающиеся программные заявления или обещания пациентов и «требовать полного погашения долгов» в подходящие моменты встречи.

Предположим, пациент начинает свою речь очень издали и долго говорит о каком-то туманном, «внешнем», надличностном вопросе. Поскольку стационарная групповая терапия требует уложиться во временные рамки единственного сеанса — время бесценно. Значит, позволить говорящему продолжать — бессмысленно: не только сам оратор не получит никакой пользы от этого монолога, но в конечном счете он пробу-

¹ По дороге (франц.). — Прим. перев.

дит в остальных членах группы гнев, лишив их своей доли времени в группе.

Но зачем вам лично останавливать говорящего, если вы можете позволить поработать за себя программам пациентов?!

Например, у Фреда, другого участника группы, был такой план: «Я хочу уметь добиваться удовлетворения своих потребностей, уметь попросить для себя какое-то время в группе». Присутствие пациента, который монополизирует внимание, предоставляет прекрасную возможность поработать над таким планом, и задача терапевта — отыскать способ помочь Фреду вмешаться. Вполне достаточным намеком может послужить своевременный взгляд, обращенный к Фреду. Еще можно прервать «монополиста» и спросить: «Фред, мне интересно, что вы сейчас чувствуете». При наличии подходящей атмосферы Фред выразит свою досаду по поводу того, что у группы не остается на него времени. Такой ход событий послужит превосходной терапией для Фреда, который начинает приводить в исполнение свой собственный план. И для «монополиста» эта последовательность не менее благотворна: ведь ему очень нужно узнать о воздействии его поведения на других членов группы. Заметьте, что акцент здесь ставится не на помощи группе в выражении ее гнева по отношению к «монополисту». Напротив, вы направляете группу в более мягкое русло, которое обеспечивает «монополиста» информацией о том, как его поведение не дает другим удовлетворить свои потребности.

Возьмем другой клинический пример.

Предположим, в группе присутствует Гейл, пациентка в глубоком дистрессе, которая постоянно рыдает и явно нуждается в утешении. Зачем терапевту самому утешать ее,

если на встрече есть пациент (а то и не один) с какой-нибудь из следующих программ: «Я хочу научиться быть ближе к другим людям», или «Я хочу научиться вступать в контакт с собственными чувствами», или «Я хочу научиться раскрываться и выражать свои чувства». Поощрив одного из этих пациентов — скажем, Сильвию — высказать свою реакцию на расстроенную пациентку, терапевт удваивает эффективность ее участия.

Терапевт волен использовать тот же подход, что и в предыдущем примере: визуальный намек Сильвии или, если он не сработает, — непосредственное обращение. Первым ответом Сильвии может быть такой: она хочет утешить Гейл, но не знает, что делать. В этот момент в распоряжении терапевта есть ряд эффективных способов действия: например, спросить о первом побуждении Сильвии. Что она хочет сделать? Какие у нее возникают мысли, когда она видит, как Гейл плачет? Если бы она хотела утешить Гейл, как бы она поступила? Когда Сильвия расскажет, что она предпочла бы сделать, терапевт может обернуться к Гейл и попросить ее отреагировать на сказанное: «Что бы вы при этом почувствовали? Помогло бы это вам? Что помогло бы вам лучше всего? Какие еще действия могла бы сейчас предпринять Сильвия, чтобы утешить вас?»

На этой стадии вся последовательность событий, как правило, превращается в крайне благотворное терапевтическое переживание для обеих сторон. С одной стороны, от Гейл до некоторой степени требуется утешить саму себя, ответив, что конкретно могло бы ей помочь. Сильвия же, предполагаемая утешительница, понимает, что она сама догадывалась, как утешить

Гейл — или она с легкостью получит такую информацию благодаря простому вопросу.

Если позволяют время и обстоятельства, терапевт продолжает исследование этой темы несколькими другими путями. Вы можете поощрить Сильвию воплотить то, чему она научилась: пусть попытается утешить Гейл словами или действиями. Например, Сильвия могла бы пересесть к Гейл и, заняв место с ней рядом, взять ее за руку, обнять за плечи и т.д. Поступок, который человек прежде боялся совершить, станет еще более терапевтическим, если будет сопровождаться пониманием препятствий, мешавших человеку прежде вести себя таким образом. Так, можно предложить Сильвии обсудить, что не давало ей сделать это раньше. Как она представляла себе возможную реакцию Гейл или то, что подумают о ней другие члены группы или терапевт?

Возьмем еще один пример.

Предположим, пациентка по имени Айрин сформулировала повестку дня, которая включала обязательство рискнуть рассказать группе нечто важное о себе. Терапевт замечает, что окончание встречи уже не за горами, а Айрин так ничего о себе пока и не рассказала.

Ведущий может достаточно легко «востребовать долг», открыто напомнив Айрин о ее обязательстве. Например, спросит, как Айрин чувствует себя в данный момент, или попросит ее на минутку представить, что встреча уже закончилась, и описать разочарование оттого, что она так ничего и не успела рассказать.

Однако, опираясь на принцип «заставь программы работать вместо себя», терапевт волен обратиться к пациенту, чья повестка дня состояла в том, чтобы «научиться настраиваться на других людей». Стоит попросить это-

го пациента высказать предположение о том, как другие члены группы чувствуют себя в этот момент, или определить неудовлетворенные потребности членов группы, или дать еще более отчетливую подсказку: «Как вы думаете, что сейчас ощущает Айрин?»

Будьте активны во время выполнения программ

Как я уже много раз отмечал прежде, стационарная группа — не место для бездействующего, практикующего недирективный подход терапевта. Терапевт во время выполнения намеченных программ должен быть столь же активен, как и в процессе их формулирования. В тех редких случаях, когда группа проявляет высокую самодостаточность и самостоятельность, терапевт может снизить свою активность: нежелательно брать на себя ту часть работы группы, которую она способна выполнить самостоятельно. Но, как правило, терапевт должен направлять дискуссию, активно обращаться к пациентам и играть роль «сводни», подстраивая программы друг к другу.

Кроме того, терапевт «взыскивает долги», требуя от пациента выполнения его обязательств. Скажем, если план пациента включал выражение каких-либо критических чувств, которые могут появиться у него во время встречи, тогда задача терапевта — напомнить ему (а бывает, что и не один раз) о взятом обязательстве. Редко случается так, чтобы пациенты, особенно новички, охотно начинали такие комментарии. Критика со стороны пациентов почти всегда ускоряет темп встречи и углубляет вовлеченность в работу всех членов группы. Таким образом, востребовать критические замечания — значит помочь и группе, и конкретному пациенту.

Программы могут выполняться как прямым, так и окольным путем

До сих пор я преимущественно сосредоточивался на прямом, открытом выполнении таких программ, как: «Я хочу научиться выражать чувства», «...улучшить свои отношения с Джоном», «...меньше бояться Джейн», «...получить обратную связь относительно того, какое я произвожу впечатление», «...узнать, чем именно я отталкиваю от себя мужчин», «...научиться заводить друзей».

Однако часто планы выполняются непрямым способом. Давайте рассмотрим следующий клинический пример.

Донна была приниженной, подавленной пациенткой, неспособной сформулировать программу. Она настойчиво повторяла, что чувствует себя «серой мышью» — мелкой, некомпетентной и незначительной. Неспособность сформулировать программу по принципу «здесь и сейчас» лишь усиливала ее ощущение собственной глупости и неэффективности. Со временем Донна согласилась с предложенной программой: «Я хочу чувствовать себя более значительной и ценной другими членами группы».

Терапевт способствовал выполнению этой программы, прибегая к помощи Донны в ходе сеанса. Например, во время пауз он спрашивал Донну: «Как вы думаете, куда нам следует двигаться дальше?» Когда Донна отвечала: «Давайте займемся какими-нибудь другими программами», — терапевт спрашивал ее: «Какими именно?» Она выбирала одну из программ и успешно помогала ее автору работать над ней, а потом — и другим пациентам. Дав Донне задание, с которым она эффективно справлялась, терапевт помог ей чувствовать

себя более значительной и компетентной. Она получила реальное опровержение своих самоуничижительных ощущений (хотя и в несколько косвенной форме, что бывает в терапевтических группах).

Похожая программа была предложена Фрэнком — страдающим депрессией, молчаливым, мужественным на вид, гордым молодым человеком. На второй неделе работы в группе терапии Фрэнк сказал, что хочет поговорить о своем чувстве недостойности. Он сказал, что не знает, каким образом группа могла бы помочь ему, но думает, что ему станет легче, если он просто поделится своим отчаянием. Он многое рассказал в тот день: об ощущении собственной глупости, о зависти к хорошему образованию жены, наконец о том, что он воспринимает себя как эдакого «тупого качка», который вороочает тяжелыми механизмами и так далее. Женщины в группе прежде чувствовали выраженную неприязнь к Фрэнку из-за его вечной позы «крутого мачо»; но чем больше он рассказывал о себе, тем более они начинали ценить его душевную чувствительность. Мужчины в группе последовали их примеру: он стал им тоже нравиться, и вдобавок некоторые из них сказали, что завидуют его умению управлять сложными тяжелыми механизмами. Таким образом, довольно неожиданно для себя Фрэнк закончил встречу с гораздо более высокой самооценкой.

За пределами программы

Программа является инструментом, обеспечивающим структуру, и не должна стать ограничивающим инструментом. Часто повестка дня служит трамплином, устремляющим группу в такие клинические дебри, что невозможно было даже представить в ходе составле-

ния и обмена программами. В таких случаях терапевт должен «двигаться по течению», найденному группой, и заняться возникшей в ходе сеанса «болевым точкой».

Иллюстрацией послужит эпизод встречи группы терапии. В ходе встречи 11 пациентов 3 оглашенных программы были особенно существенными и заняли большую часть последнего этапа сеанса. В конце предыдущего сеанса Боб сообщил группе о том, что он — гей, и теперь его программа состояла в том, чтобы поделиться с группой некоторыми чувствами по поводу этого самораскрытия.

Кэрол сказала, что ощущает себя отстраненной и одинокой и что это в большой степени связано с ее недоверием к мужчинам; она часто рисковала и в результате получила множество душевных травм. Терапевт спросил, случались ли подобные инциденты здесь, в группе, и она ответила — да, один из таких инцидентов произошел именно с ним (терапевтом), и, возможно, неплохо было бы над этим поработать.

Молодой человек по имени Эдвард, параноидный психотик, сказал, что собирается рассказать группе о своем внутреннем мире, о том, каким он его ощущает, чтобы люди лучше понимали его высказывания.

Боб начал встречу, сказав, что вчерашний день был для него трудным, но он доволен, что наконец открыто признал, что он гей. Терапевт спросил, кому особенно он боялся говорить об этом. Боб сказал, что вчера очень беспокоился по поводу возможной непримиримой реакции Джима, но последующая открытость и принятие с его стороны оказали Бобу огромную поддержку, и Боб ему очень благодарен. Терапевт заметил, что другие его бывшие пациенты-геи обычно опасались, что гетеросексуальные мужчины в группе будут воспринимать их как угрозу. Бросив на терапевта

благодарный взгляд, Боб признался, что именно этого он и боялся, и хочет дать знать мужчинам группы, что он не собирается предпринимать в отношении них никаких сексуальных ухаживаний.

Терапевт задал вопрос, есть ли еще кто-то в группе, кому Боб боялся говорить об этом? Боб сообщил, что его очень страшил Эдвард, склонный к осуждению и словесно оскорбивший нескольких пациентов в отделении. Но Эдвард в удивительно открытой манере отрицал, что откровенность Боба каким-то образом изменила его чувства по отношению к нему. Эдвард сказал, что он тоже никак не может решить проблему собственной сексуальной ориентации и временами задумывается, уж не гей ли он. Со стороны Эдварда это было ошеломительной откровенностью, ведь обычно он был очень замкнут и подозрителен. Несколько других пациентов в этот момент выразили свое восхищение и Эдвардом, и Бобом, которые оказались готовы доверять группе и пойти на такой риск.

Затем «на сцену» выступила Кэрол и объявила, что накануне ее программа состояла в том, чтобы научиться рисковать; она была готова рассказать о себе довольно важные вещи, но терапевт ей не помог. Его небрежение вновь пробудило в ней волну чувств, которые она обычно испытывала по поводу того, что мужчины ее используют, а потом предают или бросают. Возможно, это прозвучит глупо, сказала она, но получилось, что терапевт ее как бы соблазнил, спросив о программе, а затем отверг, не помогая ей проработать свой план во время встречи.

Прибегнув к активному подходу, терапевт спросил Кэрол, есть ли что-то важное, чем она готова поделиться с группой сегодня. Кэрол перешла к рассказу, который растянулся минут на 15 и был довольно мучитель-

ным для нее. Рассказала о том, как она, будучи подростком, подвергалась сексуальным домогательствам со стороны старшего родственника. Этими переживаниями она не могла поделиться со своими родителями, поскольку была уверена, что они осудили бы ее либо не поверили ей. В нескольких случаях, когда она пользовалась возможностью и рассказывала об этом кому-то из мужчин, они (включая ее бывшего терапевта) сексуально эксплуатировали ее. И сегодня, после многих лет молчания, она считала, что может предпринять еще одну попытку.

Группа оказала ей удивительно горячий прием. Во время своего рассказа Кэрол дрожала и всхлипывала, и другие члены группы очень старались поддержать ее, передавая ей бумажные платки, протягивая ей руки и обнимая ее. Три из присутствующих женщин поделились похожими личными историями о сексуальных домогательствах. У каждого в группе, за исключением Эдварда, нашлось что предложить Кэрол. Когда Эдварда спросили о его чувствах по поводу рассказа Кэрол, он заявил, что хочет сперва поработать над своей программой – то есть сначала рассказать группе кое-что о том, как он ощущает мир. Эдвард хотел, чтобы группа поняла его мироощущение прежде, чем он ответит Кэрол.

Всего за несколько минут Эдвард нарисовал ошеломительно наглядную картину своего внутреннего психотического мира. Он поделился с группой уверенностью в том, что в течение всей жизни им манипулировали – другие люди, средства массовой информации, порядок расстановки книг в библиотеке, кинофильмы, средства управления разумом. Эдвард сказал, что он получает мозговые волны от окружающих, они диктуют ему движения и поступки, которые он не хочет

совершать. Уже много лет Эдвард убежден, что мир совсем не таков, каким кажется, и все его устройство задумано так, чтобы манипулировать им, Эдвардом.

В этот момент он обернулся к Кэрол и сказал: «А теперь, если уж тебе так хочется знать, что я чувствую по поводу твоего рассказа, то – пожалуйста! Твой рассказ – чушь собачья! Я даже не верю, что это на самом деле случилось». Он обернулся к Бобу и сказал: «Я не верю, что ты гей», Затем, обратившись еще к одному члену группы, заявил: «Я не верю, что ты – наркоман, сидящий на героине». Третьему пациенту он сказал: «Я не верю, что ты был алкоголиком». Наконец, ведущему: «Я вовсе не уверен, что вы действительно терапевт». Потом Эдвард снова повернулся к Кэрол и заявил: «Я не верю, что ты когда-либо подвергалась сексуальному насилию; ты придумала всю эту историю, чтобы оказать на меня какое-то воздействие, бог знает – какое. Может, хотела вызвать у меня сочувствие». После этого Кэрол разразилась слезами, вылетела прочь из комнаты и убежала из клиники. (Через два часа ее доставила обратно полиция.)

Поскольку после выступления Эдварда оставалась лишь пара минут до конца сеанса, с этой ситуацией предстояло разбираться персоналу стационара в течение остатка дня и маленьким группам терапии на следующее утро. Эдварда потрясла сила реакции Кэрол на его слова. Еще больше его впечатлило осязаемое различие между его собственной реакцией на Кэрол и реакцией на нее всех остальных членов группы. Кэрол была глубоко уязвлена его замечанием, но на следующей встрече позволила группе помочь ей разобраться с важной проблемой. Одним из основных ее убеждений было то, что мужчины на самом деле ее не слушают и бесчувственны по отношению к ее потреб-

ностям и страданиям. Но группа заставила Кэрол посмотреть в лицо тому факту, что именно так она сама отнеслась к Эдварду. В конце концов, он ведь позаботился о том, чтобы предварить реплику, обращенную к Кэрол, открытым рассказом о том, в каком безумном мире он живет. Та информация, которую он предложил группе, имела явно психотический характер (и все, включая Кэрол, это прекрасно понимали). Однако Кэрол упрямо настаивала, что этот случай — еще одно подтверждение тому, что ей не следует доверять мужчинам. Ее систему верований не пошатнул и тот факт, что 11 из 12 присутствовавших в группе (половину которых составляли мужчины) оказали ей существенную поддержку.

Боб отметил, что он часто поддерживал Кэрол, но она, похоже, не проявляет участия к нему. Ее не было в числе тех членов группы, которые поддерживали его на предыдущей встрече, когда он говорил, каково это — быть геем. Не было ее и среди тех, кто поддержал Эдварда, когда тот пошел на серьезный риск и заговорил о своих подозрениях о собственной возможной гомосексуальности.

Было очевидно, что Кэрол держится за свою систему убеждений, основанную на том, что мужчины недостойны доверия, выборочно искажая одни события и не обращая внимания на другие. Терапевт помог ей исследовать эту тему, сосредоточившись на своих собственных отношениях с Кэрол. Он напомнил о том, что она восприняла его как человека, совершенно равнодушного к ней, поскольку он не помог ей с самораскрытием на предыдущем сеансе. Он сказал, что на том сеансе она казалась ему настолько нестабильной, что он решил не причинять ей еще большей боли. Он думал, что в ходе той насыщенной встречи, где были за-

явлены и другие неотложные программы, она могла не получить того времени и внимания, которые ей требовались.

Все эти сложные вопросы составили в результате основание для значительной терапевтической работы. Она началась с задания по составлению программ, но вышла далеко за пределы изначальных формулировок этих программ.

Процедура повестки дня: проблемные аспекты

В терапии не существует процедур без недостатков. И хотя формат программы повышает эффективность действий группового терапевта, всегда найдутся пациенты, чрезвычайно критически относящиеся к данной процедуре. Некоторую информацию об этом можно получить из Стэнфордского проекта, который исследовал отношение 51 пациента к опыту групповой терапии в клинике [2]. Из них 33 пациента посетили хотя бы одну встречу высокоуровневой факультативной группы, где использовалась процедура повестки дня, которую я здесь представляю.

Из этих 33 человек 21 (63%) отметили, что повестка дня была чрезвычайно полезной процедурой. (Я включил в предыдущую книгу их описание преимуществ повестки дня.) Восемь пациентов (24%) позитивно отзывались о программе, но описывали связанные с ней проблемы. Четверо пациентов (12%) отнеслись к ней негативно.

Были описаны несколько типов проблем. Самой распространенной жалобой было то, что процедура составления программы и работы над ней вызывала острый «экзаменационный стресс». Пациенты боялись,

что если они представят плохую повестку дня, то станут объектом критики и их глупость или посредственность раскроются всем присутствующим. Многие из этих пациентов в день перед встречей группы посвящали много времени обдумыванию своей программы.

В общем-то, тревожность не обязательно является неблагоприятным фактором для психотерапии. Терапия почти неизменно требует каких-то усилий со стороны пациента, а усилия всегда подразумевают напряжение. (Ведь говорят же: «Если туфли вам как раз, значит, расти вам некуда».) Но благоприятный уровень тревоги в психотерапии описывается параболой, то есть существует оптимальный уровень тревоги, а недостаточное или чрезмерное волнение затрудняет терапевтическую работу.

Если тревога настолько сильна, что пациенты не приходят на терапию, это значит, что стратегический подход неверен: терапия невозможна в отсутствие пациента.

Терапевт должен быть чувствителен в этом вопросе, стараясь снижать тревожность ранимого пациента.

Когда пациенты воспринимают терапевта как человека, постоянно поддерживающего и защищающего их, угроза уменьшается. Деятельный терапевт, который энергично участвует наряду с пациентом в оформлении его повестки дня, также снижает тревожность. Я рекомендую терапевту активно убеждать пациентов, в особенности новичков, в том, что, конечно, формулировать программу трудно, но он поможет им с этой задачей.

То, что перед встречей некоторые пациенты проводят много времени, планируя свою программу, разумеется, им не повредит. Напротив, такое планирование

побуждает пациентов воспринимать терапию более серьезно, думать о ней чаще и играть более активную, ответственную роль во всей процедуре.

Другие претензии пациентов, выявленные в этом исследовании, кажутся менее основательными.

Одному пациенту не нравилось само выражение «повестка дня», потому что оно вызывало у него ассоциации с заседанием совета директоров, он предлагал вместо этого термин «цели». Некоторые пациенты говорили, что процедура составления программы ограничивает их — не дает им работать над главной жизненной проблемой. Например, одна женщина жаловалась: ее главная проблема — сын-наркоман, но группа так ни разу и не позволила ей заговорить о нем и получить какие-то направляющие указания, как с этим справиться.

Иногда жалобы пациентов сводились к тому, что они чувствовали себя разочарованными, поскольку запланированная ими повестка дня так ни разу и не была выполнена, а временами о ней вообще не заходила речь на встрече.

Что может предпринять терапевт в ответ на эти две жалобы (ограничение или невыполнение повестки дня)? Лучше всего — открытое обсуждение и предвосхищение таких вопросов во время ориентировки группы в первые несколько минут сеанса. Терапевт должен ясно обрисовать цели и процедуру работы группы и объяснить, почему группа сосредоточивается на межличностных вопросах и почему долго разбирать, например, взаимоотношения с родственником-наркоманом непродуктивно. Терапевту следует осторожно, не обесценивая потребности пациента, обратить его внимание на другой, более подходящий вид терапии, где уместнее разобрать такие проблемы (ин-

дивидуальную или семейную терапию), и напомнить, что группа сильна при разборе вопросов иного рода. Тогда меньше вероятность того, что пациент почувствует себя обманутым или недовольным.

Открытое заявление о том, что далеко не все программы получают свою долю внимания, поможет уменьшить ощущение предательства. Если терапевт подчеркнет, что следить за выполнением повестки дня должен в основном сам пациент, а также убедит пациентов, что составление повестки дня само по себе является терапией, тогда мало кто из них будет чувствовать себя брошенным.

Заключительная фаза

Заключительная фаза группового сеанса состоит из анализа, или «резюме»¹, первого часа встречи. Существует множество моделей, которые можно применить для этой цели. Я предпочитаю разделить эти последние 20 минут на две равные части: (1) обсуждение встречи терапевтом и наблюдателями (находившимися в комнате либо позади одностороннего зеркала); (2) реакция членов группы на это обсуждение.

В первой части этой фазы встречи работающие вместе терапевты и наблюдатели образуют небольшой кружок за пределами круга пациентов или в середине его и проводят открытый анализ встречи так, словно

¹ В оригинале для процедуры «резюме» групповой встречи автор использует выражение «*Wrap-up Format*». Его значение — «давать краткое заключение» имеет еще смысловой оттенок «снимать покров тайны», «разоблачать». — *Прим. ред.*

в комнате нет слушающих и наблюдающих за ними пациентов.

(Если в этот день в группе не было наблюдателей, работающие вместе терапевты могут устроить собственное обсуждение. Если же они считают, что сделали в течение встречи все, что могли, можно пригласить пациентов к самостоятельному анализу. Работающий в одиночку групповой терапевт продолжает сеанс вместе с членами группы.)

В ходе обсуждения ведущие группы подводят итоги встречи, особенно оценивая собственное руководство. Они рассуждают о том, что упустили, что можно было еще сделать, не остались ли «за бортом» некоторые члены группы, существуют ли какие-то лучшие способы разбирательства конкретной ситуации в группе и т.д.

Желательно, чтобы наблюдатели активно участвовали в этом обсуждении. И важно, чтобы все их комментарии были конструктивными. Если они собираются критиковать встречу, то лучше высказать критические замечания в адрес руководителя группы. Хорошо, если наблюдатели скажут хотя бы что-нибудь о каждом члене группы. Кроме того, наблюдателям в обсуждении не рекомендуется употреблять слово «скучная» по отношению к группе. Такой комментарий никогда не бывает конструктивным и неизменно вызывает защитную реакцию и возмущение со стороны пациентов. (Как правило, наблюдатели психотерапевтического процесса ощущают скуку в результате собственной неопытности или недостатка знаний о динамике пациентов. Чем больше человек понимает суть терапии, тем более интересным становится для него каждый терапевтический сеанс.)

Ведущие раскрывают, хотя бы коротко, свой взгляд

на опыт каждого участника группы – тип его программы, степень включенности в процесс, проделанную в соответствии с программой работу, а также озвучивают свою оценку степени удовлетворенности пациента. Они обсуждают весь ход встречи, общий климат в группе, эпизоды раздражения. Наконец, терапевты вспоминают свои решения, принятые в ходе встречи, и поднимают вопросы об упущенных решениях или о важных проблемах, которые проглядели.

В последние 10 минут встреча снова становится открытой для участия пациентов. Как правило, большую часть этого времени поглощают их реакции на комментарии наблюдателей, на вопросы, поднятые в обсуждении терапевтов. Иногда здесь удается завершить работу, не законченную во время встречи.

Формат заключительной фазы: эволюция и обоснование

Поскольку формат «резюме», или «снятия покровов», который я рекомендую, не является традиционным, я считаю необходимым описать его историческое развитие и логическое обоснование.

Эволюция

Я веду группы в университетской клинике, и за нашей работой часто наблюдают студенты (2–4 человека), обычно – через одностороннее зеркало. В течение многих месяцев я использовал традиционную схему: студенты наблюдали группу, а потом мы (терапевты и наблюдатели) между собой анализировали встречу. Пациенты никогда не одобряли такой формат наблюдения. Соглашаясь с необходимостью «полевой» практики

для молодых клиницистов, они все же чувствовали себя «использованными», ощущая чуждое вторжение. Порой они выражали крайнюю досаду: им не нравилось быть «подопытными кроликами». Пациенты поднимали вопрос о том, действительно ли они являются «главными действующими лицами» — или группа служит пособием для студентов (как выразился один пациент, «а на какой стороне зеркала находятся терапевты?»). Другие пациенты отмечали, что присутствие наблюдателей лишает группу чувства приватности и собственного достоинства.

Некоторые участники групп опасались, что наблюдатели не будут соблюдать правило конфиденциальности терапевтических встреч. А иные пациенты, особенно с параноидным способом мышления, были настолько запуганы процедурой наблюдения, что абстрагировались от группы либо физически, либо психологически. Все попытки уверить членов группы в полной конфиденциальности, знакомить их с наблюдателями, напоминать им, что главной заботой врачей является пациент, проваливались. Недовольство пациентов, вызванное тем, что за ними наблюдают, рассеять было невозможно.

Я старался снизить нежелательные эффекты наблюдения, сделать этот процесс полезным для пациентов и стал применять другой формат. По окончании группового сеанса пациенты и наблюдатели менялись местами: пациенты уходили в комнату для наблюдений и смотрели и слушали, как студенты-наблюдатели и терапевты обсуждают встречу. Наконец, ради экономии времени установился такой вариант. Наблюдатели просто входили в групповую комнату после встречи и, сформировав небольшой кружок вместе с терапевта-

ми, проводили 10–15 минут в обсуждении, которое молча слушали пациенты.

Пациенты проявили живой интерес к такому обсуждению. Снова и снова они говорили о множестве чувств и мыслей, которые оно вызывало, и сожалели, что приходится заканчивать встречу, не поговорив об этом. Более того, многие пациенты выражали желание взаимодействовать с наблюдателями: стремясь получить разъяснение по поводу какого-нибудь их комментария или ответить на вопрос, который тех интересовал.

К последнему шагу мы пришли естественным путем: к встрече было добавлено 10 минут, чтобы дать пациентам возможность выразить свою реакцию на комментарии терапевтов и наблюдателей, задать им вопросы и продолжить работу, которая получила стимул от этих комментариев.

Реакция большинства пациентов на новый формат была безусловно позитивной. «Одним махом» процесс наблюдения превратился из негативного момента в ценный для терапии. Информационный вклад наблюдателей оказался столь весомым, что пациенты даже бывали разочарованы, если в какой-нибудь день не присутствовало ни одного наблюдателя. Был даже такой случай. Одна пациентка настолько ценила заключительную дискуссию между наблюдателями, что каждый день, прежде чем решить, идти ли на сеанс, заглядывала в соседнюю комнату, чтобы удостовериться, что там есть наблюдатели.

Стэнфордский исследовательский проект специально изучал реакцию пациентов на этот формат завершающей фазы групповой терапии. Между пациентами выявили абсолютное согласие в том, что последние 20 минут были не-

отъемлемой и важной частью сеанса групповой терапии. Когда их спрашивали, какую долю ценности групповых занятий они бы отдали этим последним 20 минутам, цифры в их ответах намного превосходили действительно отведенное на обсуждение время. Доходило до того, что некоторые пациенты относили 75% общей ценности групповых занятий на счет этой заключительной фазы.

Рациональное обоснование

Хотя эта процедура может показаться многим терапевтам необычной и несущей в себе некую угрозу, она, тем не менее, основана на фундаментальных принципах групповой терапии. Прежде я уже подчеркивал, что для того, чтобы иметь терапевтическую ценность, подход «здесь и сейчас» должен включать две стадии: *переживание* и затем *осмысление* (или проработка) этого переживания. Психотерапия, основанная на межличностном контакте, подразумевает перемежающиеся последовательности: сначала возникает чувство, затем это чувство должно быть проанализировано и интегрировано. Заключительная фаза представляет собой второй, саморефлективный этап переживания «здесь и сейчас».

Этот этап не составляет целиком весь процесс фазы проработки переживания «здесь и сейчас». Я приво-дил много примеров объяснения, или освещения, терапевтом важного опыта группы. Терапевт может, например, «остановить мгновение» и предложить группе: «Давайте попытаемся осмыслить то, что только что произошло», или предложить прояснение либо интерпретации, основанные на событиях «здесь и сейчас».

Однако заключительная фаза – это в высшей степени концентрированный период комментирования процесса. Терапевты и наблюдатели подводят итог

всем ключевым событиям встречи, стараясь дать пациентам когнитивную систему отчета для оценки событий сеанса.

Предшественники формата «резюме»

Хотя самораскрытие, которое требуется от терапевта в таком формате, может показаться значительным, эта процедура (раскрытие ведущего группы и наблюдателей перед пациентами) имеет прецеденты. Например, истоки групповых тренингов сенситивности лежат именно в такой процедуре [3]. В 1946 году на летних курсах для ведущих психотерапевтических сообществ группа наблюдателей каждый вечер встречалась, чтобы обсудить работу дискуссионного кружка, которую они наблюдали в течение дня.

Когда члены кружка узнали об этих ежевечерних заседаниях, они попросили дать им возможность понаблюдать за обсуждением. Руководитель летних психотерапевтических курсов с некоторой опаской согласился; и в течение нескольких вечеров члены кружка садились, образуя внешний концентрический круг, и слушали, как наблюдатели обсуждают их. Этот опыт оказался захватывающим переживанием и породил огромный интерес и живое взаимодействие. Организаторы осознали, что случайно наткнулись на мощный образовательный инструмент — опытное обучение. И из этого открытия постепенно выкристаллизовался тренинг сенситивности со «встроенным механизмом» обратной связи — и для членов группы, и для ее ведущих.

Стандартным компонентом ранних тренингов сенситивности (или Т-групп) в летних лабораториях было упражнение под названием «аквариум». Одна группа садилась в кружок вокруг другой группы и обсуждала про-

цесс работы внутренней группы, которую они только что наблюдали (периодически они менялись местами, так что внешняя группа оказывалась внутренней).

В специальной литературе упоминаются два отчета об «аквариумном» формате, использованном в стационарных группах [4]. В этих группах пациенты встречались во внутреннем кругу без руководителя, а сотрудники персонала наблюдали за ними из внешнего круга. В последние 15 минут группы менялись местами, и пациенты слушали, как сотрудники обсуждают этот проведенный без руководителя сеанс.

Подобные прецеденты имеются и в амбулаторной практике. Я в течение многих лет приглашал членов своих долгосрочных амбулаторных групп наблюдать, как мои студенты-наблюдатели обсуждают их после сеанса. Об аналогичной процедуре пишет и Эрик Берн [5]. Более 15 лет я использовал родственную технику — рассылку письменного резюме группового сеанса [6]. По завершении амбулаторных групповых сеансов я пишу детальный разбор (интерпретирующее повествовательное резюме, которое включает подробный анализ процесса и раскрытие моего стратегического терапевтического плана) и рассылаю его членам группы перед следующим сеансом.

«Множественная терапия» — еще один пример процедуры, в ходе которой пациенты наблюдают, как их терапевты обсуждают процесс лечения [7]. В этой процедуре, используемой для преподавания психотерапии, несколько терапевтов (обычно 1–2 преподавателя и 4–5 стажеров) встречаются с одним пациентом на протяжении серии сеансов. Во время этих встреч терапевты индивидуально или совместно взаимодействуют с пациентом, но также часто погружаются в дис-

куссию между собой, анализируя какой-то конкретный аспект взаимодействия всей команды. Терапевты могут не соглашаться друг с другом, подвергать сомнению основания какого-либо конкретного утверждения или вопроса. Очевидно, что этот формат не имеет никакого экономического будущего, но он доказал свою ценность как превосходный инструмент обучения, и пациенты оценивали его очень позитивно.

Каждый из этих форматов – наблюдаемое стационарной группой «резюме», дискуссии наблюдателей в присутствии амбулаторных пациентов, техника группового резюме, множественная терапия, «аквариумные» Т-группы – влечет за собой значительное раскрытие со стороны терапевта и наблюдателей, в частности – раскрытие «кухни» терапевтического процесса. Эти форматы делают акцент на анализе процесса и обеспечивают пациенту некую когнитивную систему отсчета, благодаря которой он может осмыслить взаимодействие «здесь и сейчас» и перенести то, чему научился в ходе терапии, во внешние жизненные ситуации.

Ни одно из множества возможных возражений по поводу этой процедуры (будто пациенты, которые узнают детали стратегической процедуры терапевта, узнают о его сомнениях и просчетах, утратят в него веру) не подтверждается на практике. Напротив, пациенты оказываются заинтересованы в обсуждении. Они больше самоутверждаются благодаря тому, что терапевт относится к ним с уважением, вовлекая их в обсуждение их собственной терапии. Они проникаются большим уважением к терапевту, который делится с ними своими сомнениями, и получают очевидную пользу от когнитивной системы отсчета, возникающей в результате обсуждения. Один из главных результатов такой процедуры – она лишает терапию ореола мистики. Пациенты начи-

нают понимать, что нет ничего таинственного или волшебного ни в психотерапевте, ни в психотерапии. Отсюда меньше вероятность того, что они будут зависеть от терапевта или что психотерапевтическая процедура сделает их более инфантильными.

Другие преимущества формата «резюме»

Наблюдая за итоговым обсуждением, пациенты испытывают множество разных эмоций. Особенно выделяется реакция общая для всех пациентов: услышать, как тебя обсуждают, — это увлекательный опыт (я лично всегда рассматривал это как аналог того, как ребенок подслушивает за дверями родительской спальни, что о нем говорят мама и папа). Какова бы ни была причина, интерес к этой заключительной фазе встречи большой, и он подстегивает интерес ко всем этапам работы. А чем больше заинтересованность и вовлеченность членов группы, тем более значимой становится группа для каждого. Чем лучше члены группы схватывают когнитивную систему групповой терапевтической процедуры, тем более ценят работу группы. Такое усиление сплоченности группы служит фасилитатором прочих факторов терапии: пациенты больше доверяют друг другу, чувствуют взаимную близость, решаются на самораскрытие, укрепляется их доверие к терапевту и психотерапевтической процедуре.

Заключительная фаза — прекрасная возможность для ведущих провести бесценную работу по моделированию поведения.

Например, работающие совместно терапевты могут обсуждать какие-то дилеммы и сомнения, которые они переживали во время встречи. Они могут выразить соображения, как

иначе можно было повести работу с пациентом-негативистом; они могут попросить наблюдателей об обратной связи по поводу их (терапевтов) поведения. Не были ли они, к примеру, слишком назойливы? Возможно, они оказывали чересчур сильное давление на какого-нибудь пациента?

Желательно, чтобы в финальном обсуждении терапевты делились некоторыми проблемами, возникшими перед ними в процессе занятия. Например, стоит сказать, что вы очень хотели помочь пациентке, которая сегодня пребывала в особенно плохом состоянии. Однако сознавая, что это первая встреча, которую она решилась посетить (хотя находится в клинике уже несколько дней), вы пришли к выводу, что нецелесообразно провоцировать повышение тревожности пациентки таким образом. Поэтому оказались между двух огней: с одной стороны, хотели помочь ей, а с другой — не были уверены, что не напугаете пациентку, обратив на нее внимание группы или поощряя к участию в групповой работе.

У ведущего, кроме того, есть возможность смоделировать анализ взаимоотношений, исследуя свои отношения с коллегой-терапевтом. Можно, например, поднять перед наблюдателями вопрос о том, не были ли вы чересчур активны, не «затыкали» ли коллегу-терапевта, или, может быть, игнорировали направления работы, предложенные им.

Например, во время одного сеанса пациентка заявила, что один из совместно работавших терапевтов показался ей человеком очень холодным и формальным, и ей трудно было поверить, что он не равнодушен к пациентам. Терапевт ответил, что, действительно, он прилагал усилия к тому, чтобы контролировать ситуацию, но сожалеет о том, что это помешало работе. Некоторые другие пациен-

ты тоже оценили его стиль как чересчур формальный и восприняли это как высокомерие. Во время заключительной фазы наблюдатели продолжили начатую дискуссию и согласились с пациентами в том, что этот терапевт создавал большую дистанцию между собой и пациентами. Наблюдатели указали, что, беседуя с пациентами, он норовил использовать многосложные слова и профессиональные термины, как бы стараясь «поставить пациентов на место». Терапевт воспринял эту обратную связь, признал ее правоту и сказал, что он сегодня чувствовал себя в группе неуютно. Он объяснил, что у него мало опыта ведения групп и он чувствовал себя дискомфортно, работая с чрезвычайно опытным в этом деле коллегой. Самооценка пациентов была подкреплена тем, что терапевт воспринял их комментарии всерьез; они обрели уважение к терапевтической процедуре, став свидетелями того, как их руководитель раскрывался навстречу обратной связи, и завершили сеанс с большей, а не меньшей уверенностью в нем как в терапевте.

Заключительная фаза помогает множеству пациентов научиться взаимодействовать с реальностью. Если члены группы пребывают в замешательстве и не способны осмыслить какие-то события сеанса, их очень поддерживает возможность услышать, как наблюдатели делятся такими же сомнениями. Если групповой сеанс прошел в обстановке вспыльчивости, соперничества или был неэффективным, пациенты утверждают в адекватности своих суждений, услышав, что терапевты и наблюдатели делятся аналогичными впечатлениями о сеансе.

Вклад наблюдателей усиливает потенциальные возможности группы. Добавление нескольких пар глаз и ушей способствует появлению дополнительной инфор-

мации. Наблюдатели замечают множество подробностей, пропущенных терапевтами: невербальную коммуникацию, разочарование пациентов, невыполненные программы, тонкие взаимодействия, которые происходят вне «центральной сцены».

Дискуссия между наблюдателями и терапевтами, помимо прочего, помогает ввести в работу молчаливых участников встречи. Наблюдатели пытаются сделать некоторые замечания о каждом из членов группы, догадаться об ощущениях молчавших пациентов. Это открывает дверь для участия таких пациентов в терапии, пусть даже в последние 10 минут встречи.

Обратная связь со стороны наблюдателей расставляет акценты. Если во время сеанса член группы получает замечание о том, что он не проявляет заинтересованности, дистанцируется, это замечание становится гораздо более весомым, если похожие комментарии дают наблюдатели. Верно и обратное: любые негативные высказывания наблюдателей бывают особенно болезненны и нередко имеют продолжительный отрицательный эффект. Очень важно, чтобы наблюдатели не преподносили свою критику в снисходительной манере. Такие заявления, как «пациент относится к делу как к игре» или «склонен к манипулированию», всегда провоцируют защитную реакцию — человек скорее закрывается, чем открывается для обучения.

Наблюдатели, как и терапевты, должны оформлять свои комментарии в поддерживающей манере. Например: «Этот пациент желает близости, но боится ее», «В терапии есть что-то, что пугает этого пациента», «Похоже, этот участник группы жаждет помощи, но пока еще не осознал до конца, какой именно».

Бывает, что критика со стороны наблюдателей срывает парадоксальным образом.

Я был свидетелем встреч, после которых наблюдатели критиковали группу за то, что ее работа не слишком продуктивна. И группа в ответ становилась более сплоченной и защищала проделанную своими участниками работу. (Атака извне укрепляет сплоченность любой группы; именно поэтому правитель нетвердо стоящего на ногах режима часто пытается укрепить свою позицию, развязывая войну с другой страной.)

Еще один важный аспект такой заключительной фазы состоит в том, что пациенты видят, какие именно члены группы получают большую часть внимания наблюдателей. Пациенты хотят, чтобы их заметили, стремятся стать предметом обсуждения и могут ощутить себя обиженными, заброшенными или почувствовать зависть к тем пациентам, которым наблюдатели уделили много внимания. В этом случае терапевт может объяснить, что каждый участник группы ответствен за то, что он получает от наблюдателей. Это самоочевидное уравнение: если человек активен во время встречи, ему посвятят сравнительно больше внимания в «резюме», и наоборот.

Один клинический пример проиллюстрирует то, как заветные желания, которые следует замечать и удовлетворять, могут быть пробуждены в ходе этой заключительной фазы группового сеанса.

Пола, 38-летняя пациентка, эффективно блокировала терапию, демонстрируя крайний скептицизм. Она утверждала, что все происходящее в жизни, и в особенности — все происходящее в группе терапии, это просто подделка. Она настаивала на фальшивости чувств, которые люди демонстрировали в группе. Пола была уверена, что ее собственные чувства — фальшивка, потому что

она вызывала их по собственной прихоти; они были несущественны, и им не следовало верить или воспринимать их всерьез.

Терапевт пытался достучаться до Пола, обращаясь к более здоровой части ее натуры. Он отметил, что, несмотря на свои пессимистические взгляды, Пола все же каждый день приходила в группу; очевидно, какая-то часть ее души хотела улучшений. Почему же тогда, поинтересовался он, Пола столь настойчиво пытается «победить» терапию? Зачем неуклонно приходиться на занятие каждый день — и все же отказываться работать? Тогда Пола ответила: да, она пару раз действительно работала в группе, но какой в этом смысл? Даже когда она участвовала в работе, ее вклад ни разу не был оценен в завершающей дискуссии ни наблюдателями, ни терапевтами.

Терапевт видел, что Пола говорила об этом с большим чувством и со слезами на глазах. Вот оно, наконец, искреннее чувство — такое, от которого Пола не могла отречься как от фальшивого или вызванного по собственной прихоти! Терапевт сконцентрировался на этом моменте, заметив вслух, что Пола глубоко задета, и попросил ее поделиться своими чувствами по поводу того, что она получает мало внимания в завершающей дискуссии. Что это для нее значит? Каковы для нее последствия этого? Пола ответила: она думает, что это означает, что терапевты и наблюдатели положили ее дело в папку для пациентов-хроников.

Это откровение открыло ей путь к возможности поделиться многими самыми сокровенными мыслями: о своем стремлении быть замеченной, быть спасенной; о желании, чтобы терапевт успокаивал ее и заботился о ней; об ощущении того, что ее предали те самые люди, от которых она зависела всю свою жизнь; о желании и одновременном страхе близости. Впоследствии Пола стала го-

раздо более эффективно работать в группе. По чистой случайности через два года я занимался с ней в амбулаторной группе, и она с благодарностью вспоминала тот сеанс групповой терапии как критическую поворотную точку в своем лечении.

Реакция пациентов на обсуждение между терапевтами и наблюдателями

Обсуждение между терапевтами и наблюдателями составляет массу дополнительной информации, и задача группы в последние 10 минут встречи – отреагировать на нее и интегрировать. Как правило, этот период вызывает сильное воодушевление, и объем потенциально возможной работы таков, что ее вряд ли можно выполнить целиком.

Есть два возможных направления, которые может принять последняя часть встречи. Во-первых, пациенты могут отвечать наблюдателям. У членов группы возникают самые разнообразные аффективные реакции на обсуждение, и финальные 10 минут часто полностью посвящены обмену такими реакциями. Во-вторых, этот отрезок времени можно посвятить тому, чтобы пациенты проработали итоги встречи и завершили незаконченные дела, а терапевт возобновил контакт с пациентами, обойденными его вниманием во время встречи.

Поскольку комментарии наблюдателей часто оказывают мощное воздействие на пациентов, терапевту целесообразно заняться и теми пациентами, которые находились в центре обсуждения. Терапевт может просто спросить, какие реакции у них возникли на комментарии наблюдателей. Были ли эти комментарии полезны? Согласны члены группы с наблюдателями или не согласны?

Еще один вариант. После того как наблюдатели обсудили пациентов, вполне справедливо в заключительные 10 минут поменять их местами с пациентами, чтоб те резюмировали поведение наблюдателей и терапевтов. Часто пациенты комментируют степень открытости наблюдателей. Например, отмечают, что атмосфера во время обсуждения была скованной и напряженной, даже более напряженной, чем на встрече пациентов. Порой пациенты говорят о волнении наблюдателей и расспрашивают о взаимоотношениях между наблюдателями и терапевтами. Я слышал, как участники группы отмечали у наблюдателей явную «боязнь сцены», констатировали у них чувство неловкости при наблюдении за пациентами или беспокойство о том, как терапевт оценит их комментарии.

Заключительная дискуссия часто служит в качестве проективного метода, и члены группы могут очень по-разному реагировать на нее. Пациенты реагируют на прозрачность со стороны руководителя как на особенно волнующее событие. Порой пациенты настолько глубоко не доверяют сотрудникам клиники, что с подозрением относятся к поведению терапевтов во время обсуждения. Они обвиняют ведущих в том, что обсуждение подстроено, что они только притворяются, что просят у наблюдателей совета или обратной связи, что они симулируют свою неуверенность, чтобы ублажить пациентов и заставить их слепо доверять терапевтам.

Есть пациенты, которые не желают видеть в терапевтах людей, способных на ошибку, человеческих и потенциально ранимых. И хотя большинство пациентов ценят честность терапевта, некоторых из них очень расстраивает, когда они обнаруживают, что терапевты — тоже своего рода «колоссы на глиняных ногах». Однако эти реакции,

как и другие, могут стать трамплином для плодотворной дискуссии об отношении к авторитетам, о жажде зависимости, о стремлении оставаться вечно юным и защищенным.

Последние 10 минут — это время, когда пациенты могут проработать и оценить прошедшую встречу. Это способствует тому, что в будущем они примут большую ответственность за свою терапию. Первый шаг на пути принятия ответственности пациентом — понять суть терапевтической работы. Без такого четкого мерила им трудно выбрать направление движения. Как правило, терапевт — единственный человек в группе, имеющий ясное представление о том, что такое хорошая терапевтическая встреча. И задача терапевта — передать членам группы это представление. Терапевт может охарактеризовать какую-либо встречу как особенно эффективную и сказать, например, что как раз такие встречи ему бывает особенно жалко заканчивать. Терапевт может постепенно подводить пациентов к определению «хорошей работы», прося их оценить, какие именно этапы встречи оставили у них лучшее впечатление или чем конкретная встреча отличалась от предыдущей.

Терапевт может построить группу в круг и задать каждому члену группы вопрос о прошедшем сеансе. Например: как по-вашему, какая у нас сегодня была встреча? Получили ли вы от нее то, чего хотели? Кто получил от нее больше всех? Кто — меньше всех? Чем вы разочарованы в ходе этого сеанса? Если бы сейчас было не три часа, а только половина третьего, что бы вы могли сделать, чтобы предотвратить это разочарование?

Терапевту необходимо до окончания встречи наладить контакт с молчаливыми членами группы и расспросить их об их ощущениях во время сеанса. Всегда бывает полезно исследовать их молчание, задав им во-

прос, были ли моменты, когда им хотелось заговорить. Что их останавливало? Надеялись ли они, что терапевт обратится к ним? *Если бы* они все-таки что-то сказали, что это было бы? (Последний вопрос нередко чудесным образом разрешает ситуацию.) Это позволяет молчаливым членам группы участвовать, хоть в какой-то мере, в работе группы, и здесь нередко большой объем работы оказывается проделанным за очень короткий период времени. Допустим, в ответ на расспросы молчаливый член группы вдруг высказывает некоторые наблюдения относительно другого участника. Ведущий может сразу побудить к реакции этого другого пациента или спросить, что бы он почувствовал, если бы молчун сделал такое заявление раньше по ходу встречи.

Почти всегда это действует на пациента ободряюще. Он, конечно, может сказать, что промолчал все занятие, потому что его мысли высказывали другие участники. В подобном случае терапевт должен пояснить, что, даже если так, никто из окружающих не мог узнать, как именно чувствует себя молчащий человек. Поэтому он остается закрытым для других — а такое положение дел вовсе не в интересах пациента. Таким образом, терапевт не только вовлекает молчаливых пациентов в работу на заключительной стадии сессии, но и подготавливает почву для их более активного участия в следующем сеансе.

Заключение

Эта модель групповой терапии приняла нынешнюю форму, постепенно развиваясь в ходе примерно 400 встреч. В течение всего этого времени я методом проб и ошибок применял, а потом модифицировал или бро-

сал одну модель за другой. В процессе этой работы я получил массу советов и консультаций от студентов и коллег, которые наблюдали практически за всеми моими встречами и помогали мне анализировать их в последующих дискуссиях. Вклад был внесен и из нескольких иных источников: из консультаций с индивидуальными терапевтами членов группы, с другими сотрудниками клиники — по поводу воздействия группы на пациентов, а также с самими членами группы — сначала в неформальной обстановке, а затем — в виде систематического исследовательского проекта [8].

Нынешняя модель используется в сотнях встреч мною и моими коллегами. Она предоставляет систематическую, последовательную и эффективную структуру группового сеанса. Начиная вести стационарные группы, я, подобно большинству терапевтов, ощущал, что не могу обрести контроль над группой, что пациенты слишком больны, чтобы получить от группы пользу, меня буквально захлестывала лавина проблем и быстрая смена участников группы. Я считаю, что использование этой модели значительно усиливает эффективность стационарной группы. Даже наименее удовлетворительные встречи все же предлагают пациентам нечто ценное, что, как правило, раскрывается на последующих сеансах или на других занятиях стационарной терапии. Конечно, время от времени будут случаться сеансы, которые покажутся вам совершенно непродуктивными. Обычно такие встречи происходят в группе, состоящей из крайне немотивированных, сопротивляющихся пациентов. Притом вялая работа в группе нередко сопровождается упорным неучастием ее членов в других видах терапевтической программы отделения.

Глава 6

Низкоуровневая группа психотерапии: рабочая модель

Низкоуровневая группа психотерапии, хотя и не столь сложна, как высокоуровневая, является эффективной и необходимой формой стационарной групповой терапии. Во всяком кризисном стационаре найдутся пациенты, которые не смогут работать в высокоуровневой группе. Они бывают слишком возбуждены или растеряны; их состояние может быть слишком фрагментированным или сниженным, чтобы соответствовать даже скромным требованиям группы, которую я описывал в предыдущей главе. Однако эти пациенты могут получить пользу от группы терапии, специально организованной в соответствии с их потребностями и уровнем функционирования.

Задача этой главы — описать модель групповой терапии, подходящую для таких пациентов. Как и в гла-

ве 5, я предлагаю здесь не жесткую схему, которой надлежит следовать, но своего рода учебное пособие по базовым стратегиям и техникам.

Модель низкоуровневой группы терапии (впредь буду называть ее «фокусной» группой терапии) я разработал в соавторстве с Вивьен Бэниш, в стационарной клинике Стэнфордского университетского медицинского центра. Там мы посвятили несколько месяцев исследованию и совершенствованию этой модели¹.

Отбор пациентов

Быстро меняющийся состав пациентов в современном кризисном стационаре затрудняет точное определение числа и категорий пациентов, которые могут посещать высокоуровневую либо фокусную (низкоуровневую) группу.

Для примера давайте рассмотрим открытый психиатрический стационар на 20 мест в Стэнфордском университетском медицинском центре. Здесь приблизительно от 5 до 12 пациентов посещают ежедневную высокоуровневую группу терапии. Эти пациенты хорошо ориентированы; период удержания внимания позволяет им сосредоточиться на встрече в течение 75 минут. По большей части они не психотики; они признают, что пребывают в состоянии психологического дистресса, что им требуется помощь и они хотят ее получить. Если среди них попада-

¹ Я многим обязан Кэти Каплан и Марку Герцману, позволившим мне наблюдать одно из их групповых занятий с регрессировавшими пациентами в больнице Университета Джорджа Вашингтона. Та группа послужила семенем, из которого выросла модель, описываемая мною в этой главе. — *Прим. автора.*

ются психотики (даже активно галлюцинирующие), они способны вербально выражать свои мысли, ведут себя приемлемо и способны на рациональную коммуникацию.

Среди пациентов отделения всегда найдется несколько таких, которые не могут посещать никакой группы терапии. Острота их психоза — аффективного (как правило, маниакального), шизофренического или органического — такова, что сознание их слишком фрагментированно, затуманено или возбуждено, чтобы осмысленно участвовать в 45-минутной групповой работе. Эти пациенты не только сами не получают пользы от группы терапии: их взволнованное, спутанное поведение подорвет работу остальных.

Оставшиеся пациенты, чье число может варьировать от 3 до 10, могут извлечь пользу из фокусной группы терапии. Такие пациенты, как правило, психотики, нередко — интенсивно галлюцинирующие, с элементами бреда, а также с острой регрессией. У этих пациентов психоз подавляет большинство функций эго. Часто они не ощущают сотрудничества: в том смысле, что терапевты — их союзники, работающие вместе с ними над улучшением их психического здоровья. В фокусной группе встречаются пациенты, которые, хотя и не являются психотиками, имеют серьезное отставание в развитии или слишком сильные фобии и тревожность, чтобы соответствовать требованиям высокоуровневой группы.

Таковы исходные различия этих двух групп. Кто-то предпочел бы большую точность критериев отбора в высокоуровневую и низкоуровневую группы. Действительно, соблазнительна концепция элегантно выстроенной, установившейся групповой программы, предусматривающая несколько уровней групп и ясные отборочные критерии для каждой. Но «эффект турникета» и бурный характер жизни стационара делает такую точность невозможной, поэтому большин-

ство стационаров удовлетворяется двухуровневой системой и этими приблизительными критериями отбора.

Фокусная группа работает более эффективно при меньшем количестве участников, чем высокоуровневая. Обычно ее оптимальный размер — 4–7 человек (при том, что высокоуровневая может эффективно работать с 10–12 пациентами). Однако рамки группы должны быть достаточно эластичными, чтобы приспособливаться под быстрые изменения состава населения стационара.

Скажем, в отделении происходит наплыв пациентов с острыми расстройствами, тогда низкоуровневая группа должна расшириться, а высокоуровневая уменьшиться. Существуют пределы эластичности размеров группы. Если группа достигает своего максимального объема, часть ее членов следует перевести в другую группу, уровень которой соответственно изменяют. Если в отделении преобладают пациенты с регрессией, то высокоуровневая группа должна начать работать на чуть более низком уровне, а фокусная группа — сместиться еще на одну ступень вниз. Каждая из уровней групп должна иметь гибкую процедурную структуру, это будет позволять немного смещать ее уровень в любую сторону в зависимости от потребностей клиники.

Необходимость подстраивать уровень группы в соответствии с переменами в составе населения клиники еще больше выражена применительно к командным групповым встречам (см. главу 2). Именно по этой причине я решил описать модели высокоуровневой и низкоуровневой групп, а не модель командной группы терапии. Состав и характер командной группы может варьировать с такой интенсивностью, что совершенно невозможно обеспечить модель, достаточно эластичную для всех клинических требований. Здесь клиницист обязан в совершенстве владеть методами,

позволяющими справляться и с относительно адаптированными пациентами, и с плохо функционирующими, и уметь структурировать командные групповые встречи, приспособляя их к составу группы в любой день.

Общие принципы

Фундаментальные принципы стационарной групповой терапии, изложенные в главах 2, 3 и 4, полностью применимы к групповой работе с пациентами, страдающими острыми психотическими расстройствами. Терапевты должны просто адаптировать свои методы к большей остроте течения болезни [1], но их основные цели и тактика остаются прежними. Ведущий призван обеспечивать поддерживающий опыт, который пациенты ощущают как достаточно приятный и конструктивный, чтобы поощрить их к продолжению терапии после того, как они покинут клинику. Следует демонстрировать пациентам, что беседа помогает; определять проблемы, с которыми пациенты смогут работать в своей будущей терапии; способствовать развитию социальных навыков, позволяющих им нормально общаться с окружающими людьми в стационаре и вне клиники.

Терапевты должны обеспечивать пациентам прочную структуру, поддержку и быть активными.

Надо уметь установить для себя укороченные временные рамки и стараться быть в каждый момент времени эффективным и действенным. Стараться принести каждому пациенту какую-то ощутимую пользу в ходе любой групповой встречи. Терапевт должен быть про-

зрачным и готовым проявить себя как личность, не только честно общаться с пациентом, но и подавать пример, которому члены группы смогут следовать в общении друг с другом. Следует повышать эффективность группы, фокусируясь, по возможности, на взаимодействии «здесь и сейчас».

Особое внимание надо уделять обеспечению пациентам с острым психозом поддерживающего, приятного и конструктивного опыта. Иначе групповой опыт этих пациентов, вероятнее всего, окажется прямо противоположным. Пациентов-психотиков часто сильно пугает перспектива встреч группы терапии. Основные задания группы терапии слишком много от них требуют. Их тревожность усиливается из-за того, что в группе от них ждут открытого и искреннего взаимодействия с другими людьми. Период удержания внимания у них очень короткий, способность к концентрации, прослеживанию темы разговора, ясность мышления — нарушены. Зачастую умственные процессы таких пациентов еще больше притуплены психотропным медикаментозным лечением.

Их неспособность участвовать в групповой задаче замедляет продвижение группы, и, как следствие, они нередко становятся париями. Испытывая в их адрес раздражение, члены группы склонны игнорировать их, могут вести встречу «в обход» этих пациентов. Притом пациенты с острым психозом не меньше других сознают, что на самом деле они не вошли в группу, что они — девианты, маргинальные члены коллектива, с которыми только мирятся и которые блокируют продвижение группы. Таким образом, группа легко может стать для пациентов с острым психозом неудачным опытом. После группового сеанса они станут более тревожными и почувствуют себя менее ценными личностями, чем до начала встречи.

Встреча группы должна обеспечивать ощущение успеха

Если вы хотите, чтобы фокусная группа терапии действительно приносила терапевтическую пользу, она должна обеспечивать пациентам с острым психозом ощущение успеха. Следует выстраивать групповые задания таким образом, чтобы пациенты смогли их выполнить.

Поскольку у пациентов с острым психозом, как правило, сильно нарушена продолжительность внимания, важно установить временные рамки группового задания. Например, такие пациенты не могут сфокусироваться на 20–30-минутной круговой переключке во время формулировки программ. Они не сумеют удержать в памяти разнообразные планы; программы в их головах будут смешиваться друг с другом; пациентов будут отвлекать обсессивные размышления или галлюцинации. В результате задолго до окончания выполнения групповой задачи пациенты будут чувствовать себя еще более растерянными и встревоженными. Эффективная модель групповой терапии должна быть построена таким образом, чтобы принимать во внимание тот факт, что пациент с острым психозом способен концентрироваться на нескольких коротких заданиях более эффективно, чем на одном длинном.

Снижение тревожности

Поскольку психотические симптомы представляют собой классическую попытку личности держать на расстоянии катастрофическую тревожность, терапевты должны уделять особое внимание уровню тревожности членов группы. У терапевтов, ведущих фокусные группы, очень маленькое «поле безопасности»; члены их групп не могут вынести дополнительную тревож-

ность без дальнейшего обострения психоза. Ведущие должны постоянно стремиться к тому, чтобы избежать любой ситуации в группе, которая усилила бы тревожность, и важно обеспечить в группе климат, который смягчил бы ее. Пациенты-психотики ощущают себя отчаянно одинокими, и группа должна принимать меры по поводу этой изоляции. Однако, поскольку пациент-психотик испытывает огромную тревожность, когда погружается в продолжительное взаимодействие с другими личностями, фокусная группа призвана обеспечить возможность для нетребовательного по своей природе социального взаимодействия. Оно должно быть разбито на короткие временные сегменты и включать периоды «соло» активности.

Как правило, психотерапевты придерживаются того мнения, что исследование и раскрытие человеком себя – в конечном счете исцеляющее занятие. Однако личность с острым психозом – неподходящий кандидат на самоисследовательскую терапию. Анализ причиняющих боль областей в групповой терапии лишь усиливает тревожность пациента-психотика и будет контрпродуктивным делом.

Терапевты группы должны развить в себе чуткость и уважение к защитным реакциям пациента.

Когда пациент с регрессирующим психозом заявляет, в открытой или скрытой форме: «Я не могу говорить о своей проблеме, мне слишком тяжело это вынести и вообще всерьез о ней думать», – важно принять как факт, что пациент знает о чем говорит. Иногда пациенты говорят об этих ограничениях открыто; но гораздо чаще они дают это понять невербальным путем – через волнение, отрицание, избегание, молчание или агрессивность. Групповому терапевту, работающему

с пациентами, страдающими острым психозом, придется изменить установку, сложившуюся в отношении более здоровых пациентов: что в конечном счете человек способен взглянуть в лицо своим проблемам и непосредственно взаимодействовать с ними [2].

Установление приемлемых целей жизненно важно и для морального духа ведущих фокусные группы. Сама по себе групповая работа здесь, по сути, не очень сложна, но нереалистически завышенные цели неизбежно ведут к унынию и деморализации терапевта. Следует разрабатывать и осуществлять ограниченные и хорошо обозначенные цели и задачи. Терапевты должны видеть свою награду в том, что они помогают пациентам совершать мелкие шаги по направлению к ясности и интеграции и осознавать, что обычные ролевые функции «настоящих» терапевтов (катализаторы, исследователи бессознательного, интерпретаторы, «сосуды» для переноса, разрешители когнитивных проблем и т.д.) неприемлемы в краткосрочной психотерапии пациентов с острым психозом. Без такого переопределения своей роли терапевт будет чувствовать, что не справляется со своими обязанностями, а групповую работу будет воспринимать как поверхностную и неудовлетворительную. Мне нередко приходилось встречать работников стационара, которым надо было время от времени напоминать, что терапия предназначена для пациентов, а не для персонала.

В фокусной группе терапии часто бывают необходимы специальные техники снижения тревожности.

Могут быть полезны специально подобранные физические упражнения или мышечная релаксация. Можно создать атмосферу безопасности и веселья,

предлагая группе задания, замаскированные под игры. Игры особенно полезны для вовлечения в работу пациентов с серьезной регрессией, поскольку дают им возможность понемногу начать рисковать и вступать во взаимодействие с другими. Однако игры способны вызывать мрачные ассоциации у многих пациентов, поэтому их нельзя применять как заблагорассудится.

Хотя игры обеспечивают столь желанное облегчение, веселье и безопасность, они могут также нести в себе и неприятный подтекст. Даже наиболее дезорганизованные пациенты на каком-то уровне осознания понимают: когда групповые сеансы составлены целиком из игр, это значит, что персонал полностью оставил надежду на терапевтическую работу и полагает, что пациенты не способны на более высокие уровни функционирования. Стоит ли удивляться, в таком случае, что пациенты оказывают сопротивление! Они терпеть не могут, когда к ним относятся снисходительно, и их начинает злить упрощенная атмосфера такой группы, нечто среднее между детским садом и песочницей.

Поэтому подход к использованию игр должен быть благоразумным и чувствительным. Фокусная группа вполне способна на значительную терапевтическую работу, и игры служат дополнением, а не заменой такой работы.

Поддержка, поддержка и еще раз поддержка

Поддержка чрезвычайно важна во всех формах стационарной групповой терапии, но нигде она не играет такой первостепенной роли, как в фокусной группе. Пациенты-психотики растеряны, взволнованы и чувствуют чрезвычайную угрозу, оказавшись в группе. Если группа не обеспечивает им немедленное и ошутимое удовлетворение, они будут чувствовать слиш-

ком большой дискомфорт, который не позволит им вовлекаться в работу группы полезным для их лечения способом.

Вот почему снижающая тревожность поддержка должна ощущаться с самого начала сеанса и неизменно сопровождать всю встречу. Любой свой шаг терапевту следует рассматривать с точки зрения его потенциала поддержки. Задача терапевта — исследовать поведение каждого пациента, найти в нем положительные аспекты и сказать об этом пациенту.

Молчаливых пациентов следует поощрять за то, что они остались в группе в течение всего сеанса, а ушедшим раньше можно сделать комплимент за то, что они остались в группе целых 20 минут. Опоздавшего пациента нужно одобрять за то, что он вообще пришел на встречу; пассивного пациента — похвалить за то, что он сделал хотя бы одно-единственное замечание или уделял внимание другим членам группы во время встречи. Даже неясные или не относящиеся к делу заявления следует поощрять как попытки коммуникации. Пациентов, дающих советы, пусть даже совершенно неприемлемые, стоит благодарить за их намерение помочь и готовность выразить свое мнение. Иными словами, пациентов следует поддерживать до того, как они пойдут на риск; «награда должна предшествовать подвигу» [3].

Оказание поддержки требует, чтобы терапевты глубоко понимали пациента. Бессмысленная, в виде грубой лести поддержка будет восприниматься именно так и окажется антитерапевтической. Терапевт должен быть чувствительно настроен на внутреннее состояние пациента и способен усилить даже самое незначительное стремление к интеграции. Чем больше

терапевт знает о природе психотического переживания — о дезориентации, катастрофической тревожности, спутанности первичных процессов, об усилении паранойи и бреда, о вакууме и компенсаторной мании величия — тем точнее он сможет оказывать адресную поддержку, то есть такую поддержку, которую пациент будет ощущать как истинно сочувственную, а не снисходительную. Позже, описывая конкретные процедуры фокусной группы, я приведу много конкретных примеров поддержки.

Встреча фокусной группы: основные приготовления

Фокусная группа терапии, которую я буду описывать в этом разделе, встречается ежедневно (5 раз в неделю) в течение 45 минут. Продолжительность внимания пациентов в этой группе обычно настолько ослаблена, что более долгая встреча не рекомендуется. И ограничения в этой группе должны быть более гибкими, чем в высокоуровневой группе. Можно допускать на сеанс опоздавших, а пациент, который не в состоянии выдержать всю встречу, разумеется, должен быть отпущен. Предпочтительное число пациентов колеблется от 4 до 7, хотя, если необходимо, в группе может быть и больше участников. И если посещение высокоуровневой группы может быть факультативным, то посещение фокусной должно быть обязательным. В противном случае большинство пациентов не захотят прийти, а возможно, смущение и растерянность не позволят им в должное время самостоятельно добраться до комнаты, где проводится сеанс.

Как правило, сотрудники клиники уже во время зачисления пациента определяют, в какой группе ему лучше состоять — в высокоуровневой или в фокусной, и сразу оформляют подходящее назначение. Но иногда требуется не меньше суток, чтобы определиться с решением. Например, пациент может быть госпитализирован в состоянии психотической дезориентации, которая очень быстро сходит на нет. Если персоналу кажется, что это именно такой случай, то целесообразно придержать на некоторое время назначение в одну из групп. Если же изначально было сделано необдуманно, пациента приходится переводить из фокусной в высокоуровневую группу. Такое решение вполне обычно для отделений долговременной госпитализации, но в клиниках, где срок госпитализации очень короток, это может добавить группам ненужной нестабильности.

Перевод (или «повышение») пациента из фокусной в высокоуровневую группу может чрезмерно подчеркнуть различия уровней интеграции участников этих двух групп. Как правило, для клиники это не является проблемой. Пациенты фокусной группы терапии редко выражают желание посещать высокоуровневую группу; они считают ее чересчур ответственной или вызывающей слишком сильную тревожность и, когда у них есть выбор, предпочитают фокусную группу. Некоторые пациенты могут высказываться о низкоуровневой группе уничижительно; но, по моему опыту, это бывает чрезвычайно редко. Однако необходимо хорошенько обдумать, как назвать низкоуровневую группу.

Я предпочитаю называть ее «фокусной», чтобы уменьшить акцент на сопоставлении уровней этих двух групп. Слово «фокусная» подчеркивает, что главные

критерии назначения в группу — дезориентация, страхи и ограниченный период удержания внимания пациента. Первостепенная и открыто выражаемая цель низкоуровневой группы — помочь пациентам фокусироваться на конкретных задачах первичной коммуникации и самовыражения в течение сравнительно долгих периодов времени.

Ведение фокусной группы может взять на себя любой специалист в сфере психического здоровья: трудотерапевт, психиатр, психиатрическая медсестра, специалист по деятельностной терапии, по восстановительной терапии и т. д.

Как и в отношении высокоуровневой группы, здесь важно, чтобы у группы был хотя бы один постоянный ведущий, который будет вести группу ежедневно по крайней мере в течение месяца. Его помощники и студенты (а эта группа работает хорошо при наличии как минимум трех сотрудников) могут сменяться в группе чаще. Важно, чтобы ведущие с готовностью участвовали во всех делах группы. Они должны настолько же активно вовлекаться в работу и быть столь же склонными к самораскрытию, насколько ожидают этого от своих пациентов. Престиж фокусной группы возрастает, если в группе присутствуют время от времени психиатры отделения, главный врач и постоянно работающие ординаторы.

Эту группу вести легче, чем высокоуровневую, но здесь требуется хорошее знание феноменологии психотических переживаний. Руководители группы должны отслеживать градацию задач: понимать, какие задания наиболее и менее требовательны, какие больше подходят для новых членов группы, какие окажутся

особенно стрессовыми для определенных типов пациентов. Важно, чтобы несколько сотрудников персонала имели подготовку для ведения такой группы, чтобы ее занятия никогда не отменялись в случае болезни или отпуска ведущего терапевта.

Многие из членов фокусной группы не способны пунктуально посещать группу из-за внутреннего сопротивления или сильной дезориентации. Членам персонала следует обходить пациентов и сопровождать их в комнату занятий группы. При этом бывает полезно прибегнуть к помощи одного-двух лучше функционирующих пациентов группы. Пациентов, которые дремали перед занятиями группы, следует разбудить по меньшей мере за 15 минут до ее начала. А слишком взволнованных предстоящим событием пациентов можно усадить рядом с одним из ведущих и уверить, что они могут просто посидеть, послушать, что говорят другие, и уйти пораньше, если им слишком неуютно оставаться в группе на все 45 минут.

План встречи

Встреча фокусной группы чрезвычайно структурирована, и руководитель планирует ее до начала ежедневного сеанса. Базовый план такого сеанса выглядит примерно так.

1. Ориентировка и подготовка пациентов — от 2 до 5 минут
2. Разминка — от 5 до 10 минут
3. Структурированные упражнения — от 20 до 30 минут
4. Резюме сеанса — от 5 до 10 минут

Ориентировка и подготовка

Продолжительность и детали начальной ориентировки и подготовки конкретной групповой встречи зависят от того, присутствуют ли новые пациенты, а также от состояния здоровья прежних членов группы. Присутствие пациентов в спутанном состоянии сознания делает необходимой ориентировку даже тогда, когда новичков в группе нет. Задача этой фазы та же, что и для высокоуровневых групп: обеспечить пациентам основные пространственные и временные ориентиры; уменьшить опережающую тревожность; рассказать о цели и процедурах группы; объяснить, как она работает; научить пользоваться помощью группы.

Вот пример типичной ориентировки для группы, где появились новые участники: «Я (такой-то), а это мой коллега (такой-то). Это фокусная группа терапии, которая встречается ежедневно 5 раз в неделю, с понедельника по пятницу, в 2 часа дня. Сеанс длится 45 минут. Мы будем собираться каждый день в этой же комнате. Просим вас приходить вовремя, поскольку оцениваем эту группу как очень полезную и хотим иметь возможность использовать все 45 минут ее времени. Мы будем стараться напоминать вам о встрече группы каждый день, за несколько минут до ее начала. Цель фокусной группы — помочь вам научиться общаться с другими людьми: сосредоточиваться, научиться слушать других, рассказывать важные вещи о себе, справляться с застенчивостью. На сегодня мы запланировали для группы несколько заданий и начнем с задания-разминки, а потом через несколько минут у нас будут еще две задачи, о которых мы позже вам расскажем. После этого у нас останется еще некоторое время, чтобы подвести итоги того, что мы успели сделать на сегодняшней встрече».

Разминка

Первая фаза группового сеанса служит традиционным средством «взламывания льда». Разминка состоит из одного или нескольких коротких структурированных упражнений, которые обеспечивают ненавязчивое начало сеанса. Они облегчают опережающую тревожность и позволяют каждому члену группы участвовать в коротком, необременительном и не угрожающем взаимодействии.

Вот некоторые примеры «разогревающих» структурированных упражнений.

1. Для начала сеанса и уменьшения напряжения может оказаться полезным любое из широкого ряда физических упражнений. Можно попросить членов группы по очереди выполнять в течение примерно минуты какое-нибудь физическое упражнение. (Руководители делают то же, что и пациенты, — они участвуют во всех структурированных упражнениях группы.) Допустим, участник группы называет какую-либо часть тела (например, плечи, пальцы ног или глаза) и просит своего соседа справа выполнить упражнение, которое задействовало бы эту часть тела. Если надо усилить новизну и степень трудности, можно усложнить инструкцию к упражнению. Скажем, включить в упражнение использование стула (например, в ходе упражнения нужно трижды обойти вокруг своего стула или дважды коснуться ножек стула своего соседа). Разминка — как и другие структурированные упражнения — должна учитывать сегодняшнее настроение группы. Например, если очевидно, что группа напряжена, ведущий может предложить физическое упражнение, снимающее напряжение. Или пусть каждый пациент назовет часть тела, где он чувствует зажатость, а затем придумает

упражнение, которое облегчит это ощущение. Допустим, пациент говорит, что у него напряжена шея, здесь подойдет короткое упражнение (например, вращение головой), расслабляющее мышцы шеи. Напряжение в груди можно ослабить выполнением дыхательных упражнений. Если руководители чувствуют, что группа сегодня особенно настроена на сопротивление (например, члены группы неохотно входят в комнату или несколько человек опаздывают), тогда полезно предложить упражнение, которое поможет разобраться с желанием отрицания. Например, терапевты могут попросить членов группы по очереди предложить группе невербальные действия, выражающие негативизм и протест. Пациенты изображают топание ногой, отрицательное качание головой, поворот спиной или жест «рот на замке» и т.п.

2. Перебрасывание воздушным шариком или большим резиновым мячом. Члены группы бросают мяч друг другу и называют имя человека, который его ловит. Это упражнение приемлемо только для плохо функционирующих пациентов. В особенности оно полезно на встречах, где присутствуют новички, которым трудно запомнить имя каждого человека. Это упражнение можно усложнить. Например, член группы, поймавший мяч, кратко сообщает о том, как он сегодня себя чувствует. Или пусть скажет, что ему нравится в том человеке, которому он собирается переадресовать мяч.
3. Еще один вид разминочных упражнений: каждый член группы делает какие-то наблюдения относительно остальных членов группы. Например, пациента можно попросить прокомментировать, чем занимался сидящий справа от него человек сегодня до занятия (луч-

ше — в течение последнего часа). Если все члены группы присутствовали на предшествующем групповом сеансе, их можно попросить взглянуть на каждого из пациентов и сказать, чем отличается его сегодняшний внешний вид от того, как он выглядел накануне.

4. Члены группы могут кратко сообщить что-то о себе. Я часто использую такое разогревающее упражнение. Прошу каждого члена группы коротко рассказать, что хорошего или плохого случилось с ним сегодня, либо поделиться чувствами, которые он пережил в течение дня. При круговом обмене подобными замечаниями пациенты, говоря о позитиве, обычно отмечают свою живость и подвижность, хорошее самочувствие, решение выписаться из клиники, решение позвать друга на день рождения, удачно проведенный час терапии, обнаружение в то утро носка без дырки. А жалобы на неприятные чувства могут включать: подавленность из-за дождя; переживание галлюцинаций; тревоги из-за того, что личный врач назначил очень много лекарств; чувство безнадежности или стыд за свое поведение за столом.

Терапевты должны иметь в своем арсенале ряд подобных разогревающих упражнений и выбирать подходящие для данной группы. Простые упражнения (перебрасывание мячом или физическая гимнастика) подходят для группы особенно сниженных пациентов. Но если группа тянет на более высокий уровень, пациенты будут ощущать, что к ним относятся чересчур снисходительно. Правда, бывают группы с таким примитивным функциональным уровнем, что всю встречу придется строить на безопасных и мягких упражнениях, подобных разминочным [4].

Структурированные упражнения

Большая часть времени, оставшегося от встречи, посвящается структурированным упражнениям. Обычно используется 2–3 коротких (от 5 до 15 минут) упражнения. Если группа необычно словоохотлива и хорошо вовлекается в дискуссию на одну из предложенных в качестве упражнения тем, то вполне достаточно будет 1–2 структурированных упражнений.

Хотя каждое структурированное упражнение обычно состоит из нескольких компонентов, я в ознакомительных целях распределяю эти упражнения в соответствии с их сутью: (1) самораскрытие, (2) сочувствие, (3) взаимодействие «здесь и сейчас», (4) дидактическое обсуждение, (5) личностные изменения, (6) ослабляющие напряжение игры.

Самораскрытие

Большинство структурированных упражнений требует некоторого самораскрытия. Важно, чтобы терапевты стремились сделать процесс самораскрытия безопасным предприятием. Несколько приемов помогут уменьшить угрозу, ощущаемую пациентом при самораскрытии. Пациентов просят рассказать об их сильных сторонах или интересах, а не о недостатках. Устанавливают четкие пределы степени самораскрытия, ожидаемого от каждого члена группы. Наконец, терапевт должен участвовать в каждом упражнении по самораскрытию (в идеале пациенты фокусной группы больше узнают о личной жизни терапевта, чем пациенты высокоуровневой).

Как правило, руководитель может повысить эффективность работы, объединяя акт самораскрытия с дру-

гой важной целью фокусной группы терапии – усилением взаимодействия между членами группы. По моему опыту, весьма эффективно упражнение, которое сочетает одиночную активность, парную активность и взаимодействие всей группы.

Базовая структура этого упражнения будет примерно следующей. Членам группы раздают листы бумаги с 2–3 короткими предложениями, которые надо дополнить. Например, такими:

1. Одним из наиболее важных людей в моей жизни является _____.
2. Все удивились бы, если бы узнали обо мне следующее: _____.
3. Мне по-настоящему нравится _____.

После этого участникам группы дают несколько минут поработать над этими предложениями в одиночку. Когда они закончат, каждый член группы объединяется в пару с другим пациентом или с ведущим. Терапевт составляет пары в соответствии с запланированной стратегией. Например, объединяет в пару пациентов, которые не очень хорошо знают друг друга или еще не работали раньше вместе. Если общение с каким-то пациентом особенно затруднено из-за недостатка понимания, тогда желательно объединить его в пару с одним из терапевтов. А застенчивого пациента можно определить в пару с пациентом, который отличается особенной мягкостью характера и общительностью.

Членов пары просят поменяться листками, прочесть ответы напарника и постараться понять их возможно полнее – можно задать уточняющие вопросы. (Если у пациентов есть сложности с разговорными на-

выками, терапевты дополнительно раздают пациентам листы бумаги с вариантами уточняющих вопросов для прояснения ответов партнера.) После того как пары некоторое время поработают вместе, группа вновь объединяется; и каждый член пары вслух зачитывает ответы партнера на заданные вопросы, а также сообщает группе дополнительную информацию, которую он узнал.

У такой базовой структуры множество достоинств. Во-первых, хотя это одно задание, оно включает целый ряд более коротких заданий: индивидуальная деятельность, расспросы партнера, объяснение собственных вопросов партнеру, описание ответов партнера группе, слушание других пациентов, представляющих группе своих напарников. Пациентам, у которых продолжительность внимания ограничена, гораздо легче выполнить несколько коротких заданий более успешно, чем одно продолжительное. Во-вторых, меняющаяся природа заданий делает это упражнение более безопасным по ощущению для пациентов, которым сложно долго взаимодействовать с другими людьми. Период, отведенный на одиночную деятельность, обеспечивает пациентам отрезок личного времени в общем потоке групповых занятий. Это упражнение учит самораскрытию, творческому слушанию, вербальному выражению, парному и групповому взаимодействию. Члены группы бывают приятно удивлены тем, что их хорошо понимают другие. Иногда пациенты даже сохраняют свои рабочие листки, как осязаемое подтверждение их принадлежности к группе.

Я использую ту или иную форму этого упражнения в большинстве фокусных групп. Оно дает возможность бесконечного количества вариаций: терапевту достаточно лишь составить предложения, затрагивающие

различные темы. Они могут быть специально построенны вокруг какой-нибудь значимой темы, запланированной для группы на этот день. Если, например, такой темой выбрана разлука (поскольку многие члены группы в жизни пытаются справиться именно с этой проблемой или потому, что несколько членов группы готовятся к выписке), тогда набор вопросов может выглядеть примерно так:

1. Человек, по которому я очень скучаю, это _____.
2. Самая тяжелая разлука в моей жизни случилась _____.
3. Справиться с разлукой мне помогает _____.

Если темой группы выбран гнев, то незаконченные предложения могут выглядеть так:

1. Впервые я по-настоящему рассердился, когда _____.
2. У меня вызывает настоящее раздражение _____.
3. Когда я впадаю в состояние гнева, я обычно _____.

Если на повестке дня проблема одиночества, возможен такой набор фраз:

1. Когда я один, я чувствую _____.
2. Более всего в жизни я чувствовал себя одиноким, когда _____.
3. Меньше всего я ощущал одиночество, когда _____.

Еще один вариант упражнения. Пациентам предлагают список ценностей (например, деньги, престиж, близость, слава, власть, самопознание, популярность или профессиональная реализация). Из списка каждый должен выбрать три пункта, которые считает наиболее важными. В следующем парном упражнении па-

циента просят объяснить напарнику, почему именно эти три ценности для него особенно значимы.

Некоторые пациенты способны лучше выразить себя через художественное творчество, чем через письменное слово. Поэтому вместо упражнения по завершению предложений можно предложить нарисовать несложные картинки. Более того, художественные упражнения вносят разнообразие и повышают интерес пациентов. Например, терапевты могут раздать пациентам листы бумаги, на которых изображен геральдический щит, разделенный на четыре части. Пациентов просят нарисовать в каждой части что-то отражающее одну из четырех тем.

1. Одно из моих лучших достижений.
2. Один из самых замечательных подарков, которые я получил.
3. Один из самых близких людей в моей семье.
4. То, что мне больше всего интересно (могут быть и любые другие четыре темы, которые соответствуют потребностям и умениям группы).

Остальную часть упражнения можно построить аналогично упражнению по завершению предложений: пациенты объединяются в пары, а потом каждый член группы представляет и описывает геральдический щит своего партнера всей группе.

Упражнения по самораскрытию с несколькими требованиями к участникам могут быть следующими.

Пациентов разделяют на пары, затем один из членов пары задает своему партнеру несколько раз один и тот же вопрос: «Кто ты?» Всякий раз, как второй да-

ет ответ на этот вопрос, вопрошающий говорит «спасибо», а затем снова задает тот же вопрос. По сигналу терапевта напарники меняются ролями, и вопрошавший становится отвечающим. Когда группа воссоединяется, каждый представитель пары рассказывает об ответах своего партнера — всех, какие сможет припомнить, и представляет своего партнера группе. Это упражнение может быть потенциально стрессовым, если терапевт не позаботится о том, чтобы установить строгие временные границы взаимодействия. Вполне достаточно ограничить период задавания вопросов каждым напарником 1–1,5 минутами.

Бывают моменты, когда рекомендуется разобраться с важными событиями в клинике, притом не очень приятными. Полезно на ограниченный период времени сфокусировать внимание группы на каком-либо серьезном событии (например, побег пациента, попытка самоубийства или физическое нападение). Хотя это упражнение требует от пациентов высказывания негативных чувств, оно обычно смягчает тревожность, поскольку, несомненно, члены группы внутренне озабочены подобными событиями. Исходя из этого, можно предложить для завершения предложения такого рода:

1. Драка, случившаяся в отделении вчера вечером, вызвала у меня чувство _____.
2. Когда вчера Сэнди попыталась ранить себя, я ощутил _____.

Эмпатия

Важнейший компонент в развитии социальных навыков — это способность сочувствовать другим людям: интересоваться переживаниями других людей и уме-

ние примерить их на себя. Упражнения, направленные на отождествление и понимание чувств другого человека, а также выражение собственных чувств по поводу его внутреннего состояния, могут быть структурированы по-разному. Однако базовая стратегия едина: избегайте негативного аффекта и критики; поощряйте поддерживающее взаимодействие; сосредоточьтесь на сильных сторонах. Следует соблюдать осторожность в отношении пациентов с параноидными особенностями, они могут счесть упражнение по развиту сочувствия нарушением личного пространства.

В одном из вариантов упражнений требуется, чтобы каждый член группы написал свое имя на клочке бумаги, положил его в общую коробку, а потом вытащил оттуда имя кого-то из участников группы. Затем пациента просят сказать, как, по его мнению, чувствует себя этот человек, и рассказать, что нового он узнал о нем во время группового сеанса.

Еще одна разновидность этого упражнения.

В центр комнаты помещают коллекцию вырезанных из журналов картинок. Членам группы дают инструкцию просмотреть эти картинки и выбрать одну или две, которые, по их мнению, могут понравиться их соседу справа. После того как выбор сделан, каждый пациент показывает группе картинки и объясняет, почему он считает, что данному человеку понравятся именно эти изображения.

Другое возможное упражнение.

Терапевт раздает членам группы листы бумаги, на которых изображен силуэт человеческого тела, и просит написать (или изобразить) на этом силуэте что-то, что им

нравится в себе. Участники группы подписывают свои листки, и затем каждый листок проходит по кругу пациентов несколько раз. Задача каждого члена группы — добавить, что ему нравится в том человеке, чье имя написано на листе бумаги. Когда листки возвращаются к своим изначальным владельцам, то в силуэт оказываются вписаны несколько положительных черт, и каждый член группы по очереди комментирует свои реакции на то, что там нарисовано или написано. В зависимости от способности участников группы к абстрактному мышлению, они выполняют это задание разными способами. Например, широкая улыбка обозначает мягкий характер; большое ухо может указывать на то, что оцениваемый человек является хорошим слушателем; большие руки обозначают душевную щедрость и способность дарить; лампочка на макушке — способность генерировать хорошие идеи. Пациенты, мыслящие более конкретно, могут рисовать украшения или определенные детали одежды, которую носит этот человек.

Похожее задание — список сильных сторон — я описывал в главе 3, но ради удобства повторю его здесь.

После того как член группы напишет на листке свое имя и два положительных качества, которые он видит в себе, листы пускают по кругу, и каждый пациент добавляет по одному положительному качеству, которые он видит в этом человеке. Листы складывают таким образом, чтобы никто не мог видеть качества, уже указанные другими. В конце упражнения, когда к человеку возвращается обратно его листок, все члены группы делятся друг с другом полученной информацией и собственными реакциями на нее, в особенности отмечают удивившие их моменты. Если несколько членов группы выделяют одно и то

же положительное качество у одного человека, то это подтвержденное впечатление нескольких людей может сыграть эффективную роль в изменении представления человека о себе.

Для следующего упражнения требуется коллекция разнообразных предметов. Поднос помещается в центр группы, и каждый участник должен выбрать подарок для своего соседа. После того как выбор сделан, член группы показывает выбранный им подарок и объясняет группе, почему он выбрал данную вещь.

Вот примеры типичных ответов:

Подарок в виде наконечника стрелы — для пациента родом из Аризоны.

Корзинка (она может служить колыбелью) — для пациентки, которая беременна.

Морская раковина (от терапевта) — пациенту, который порой «захлопывает створки своей раковины», но внутри у него добрая и нежная душа.

Компас — члену группы, который предпочитает всегда точно знать, куда дальше двигаться. (Терапевт заметила, что, возможно, сегодня компас особенно нужен этому пациенту, потому что он не уверен, стоит ли ему покинуть клинику или остаться.)

Ключ — для пациентки, которая подыскивала себе жилье (этот подарок выражает надежду, что она скоро найдет себе дом).

Ручка — человеку, который любит писать стихи.

Растение в горшке — терапевту, потому что она любит помогать другим расти.

Следующее упражнение требует несколько более высокого уровня функционирования.

Пациентов просят найти метафору — животное, которое олицетворяет его самого (можно также использовать растения и неодушевленные предметы), и еще одну метафору — для сидящего рядом соседа по группе. Важно как следует объяснить это упражнение, чтобы члены группы полностью понимали, что должны выбирать не на основе физического сходства, а учитывая именно метафорическую схожесть каких-то сторон и качеств животного и данного человека.

Вот некоторые примеры: лань — мягкость, кошка — скрытность, собака — интеллект, конь — сила, рыба скалярия — красота, корова — питание и поддержка, баран — упрямство. После того как сделан выбор, каждый член группы представляет свои варианты и дает их логическое обоснование. Других членов группы приглашают выражать свое согласие или несогласие с выбором каждого пациента.

Взаимодействие «здесь и сейчас»

Почти все описанные мною упражнения рассчитаны на фасилитацию взаимодействия между членами группы. Заключительное резюме встречи, которое я опишу коротко, тоже сконцентрировано на интеракции «здесь и сейчас». Кроме того, терапевты могут, если чувствуют, что это приемлемо для группы, использовать некоторые структурированные упражнения, которые открыто сосредотачиваются на переживании «здесь и сейчас».

Упражнение по завершению предложений и парная структура его выполнения могут быть модифицированы в упражнение «здесь и сейчас». Например, подходящие для этого предложения могут быть такими:

1. Из присутствующих здесь людей лучше всех меня знает _____.
2. Из присутствующих в этой комнате больше всего я похож на _____.
3. У такого-то из присутствующих здесь есть качество, которому я завидую; это _____.

Такие предложения могут привлекать внимание членов группы к какому-то происходящему «здесь и сейчас» событию в группе. Например, женщина-терапевт сегодня ведет группу в последний раз, поскольку ее переводят в другую группу. Пациентов можно попросить дополнить следующие предложения.

1. Когда я думаю о том, что Лиз уходит из нашей группы, я _____.
2. Мне нелегко сказать Лиз, что она мне нравится, потому что _____.
3. Лиз порадовалась бы, если бы через год она узнала, что я _____.

Если несколько членов группы покидают клинику и прощаются с группой, то задание по дополнению предложений может быть сосредоточено на этом событии с помощью таких примеров.

1. Больше всего мне понравилось в этой группе то, что _____.
2. Меньше всего мне в этой группе понравилось _____.
3. На прощание я бы хотел подарить каждому из членов этой группы _____.

Еще одно особенно эффективное структурное упражнение, которое сосредоточивается на переживании «здесь и сейчас», состоит в том, чтобы предложить па-

рам пациентов следующую инструкцию: «Найдите между собой два сходства и два различия». Как и во всех подобных упражнениях, потом партнеров просят поделиться тем, что они обсуждали, с остальной группой.

Дидактическое обсуждение

Терапевт, который чувствует, что у большинства членов группы есть некая общая проблема, может оказать им помощь, предложив короткую управляемую дискуссию или непродолжительную лекцию на эту тему. Важно дать им понять, что и другие разделяют с ними те же тревоги, и поощрить пациентов к поиску более эффективных способов разбирательства с этими проблемами. Дабы приносить пользу, такие обсуждения должны включать в работу большинство или всех членов группы, а также быть ясными, короткими и существенными. Эффективный формат дискуссии сочетает обсуждение с предварительным одиночным или парным заданием.

Например, процедура, уже доказавшая на практике свою полезность, начинается с одиночного задания по дополнению предложений. Если темой обсуждения является «напряжение», то членов группы просят ответить на такие вопросы.

1. Как именно вы ощущаете напряжение (пожалуйста, если возможно, называйте не больше одного ощущения)?
2. Как вы пытаетесь облегчить напряжение?

Через несколько минут, когда все закончили задание, терапевт начинает обсуждение, прося каждого огласить свои ответы и внося их в список на доске. Таким образом, пациенты получают возможность увидеть боль-

шое разнообразие индивидуальных ощущений напряжения и несколько успешных или малоуспешных способов справиться с ним. В последующем обсуждении терапевт подчеркивает сходство ощущений членов группы, а также добивается от них комментариев и критических замечаний относительно способов преодоления напряжения. Та же общая структура может быть применена для обсуждения других тем: например, печали, утраты, одиночества, гнева, отвержения.

Личностные изменения

Если несколько пациентов работали в группе в течение ряда последовательных сеансов, целесообразно несколько структурированных упражнений посвятить личностным изменениям. Можно использовать ту же базовую структуру упражнений, которую я описывал раньше (одиночное дополнение предложений, за которым следует сначала парное обсуждение, а потом представление итогов этого обсуждения группе), но с таким содержанием, которое направляет внимание группы на личностные изменения.

Например, первая часть задания может включать 2–3 предложения такого рода.

1. Две вещи, которые я бы хотел изменить в себе, это _____.
2. Два качества, которые мне в себе нравятся и которые я не хочу менять, это _____.
3. Наиболее важная перемена во мне, которую я когда-либо совершил, это _____.
4. С того момента, как я попал в клинику, во мне изменилось _____.
5. Если я попытаюсь измениться, то боюсь, что _____.

6. Важная перемена, которая на моих глазах произошла с таким-то членом группы, это _____.
7. Я хотел бы, хотя и не уверен, что смогу, изменить в себе _____.
8. Мне трудно меняться, потому что _____.
9. Два различия между моей нынешней личностью и той, какой я был 5 лет назад, это _____.
10. У такого-то человека в этой группе есть черта, которая мне нравится и которую я хотел бы иметь сам; это _____.

Еще один вариант, который доказал свою полезность, требует, чтобы пациенты ответили на такие два письменных вопроса.

1. Две вещи, которые я бы хотел изменить в себе, это _____.
2. Думаю, что я мог бы добиться этого следующим образом: _____.

После выполнения одиночного упражнения члены группы разбиваются на пары и получают задание прочесть ответы своего партнера. Они стремятся понять предложенные им способы изменяться, а затем предлагают другие способы, которые могут способствовать переменам. После парного обсуждения каждый член группы представляет группе своего партнера, описывая его способы изменений и высказывая собственные предложения по этой части. Группу следует активно поощрять к внесению дальнейших предложений о способах изменений. Обычно это довольно продолжительное упражнение, и, если группа хорошо владеет вербальным общением, оно поглощает большую часть встречи.

Вот пример типичной сценки, порожденной этим упражнением.

Один пациент по имени Уилл заявил, что он упрям и что ему следует измениться, «больше приспособляясь и идя на компромиссы». В ходе парного обсуждения его партнер попросил привести пример такого упрямства, и Уилл описал типичную проблему, которая часто возникала у него с его невестой. Девушка любила танцевать, но Уилл отказывался ходить с ней на дискотеки, потому что был «завязавшим» алкоголиком и не любил находиться в местах, где подают выпивку. В результате они с невестой часто ссорились, и в ходе этих ссор никто не желал уступать другому. Группа предложила Уиллу несколько вариантов решения проблемы. А разве не может он пить какой-нибудь безалкогольный напиток, не говоря окружающим, что это такое? Не могли бы они с невестой прийти к некоему компромиссу, благодаря которому они бы по очереди выбирали, чем заняться вечером, чтобы ни один из них не чувствовал себя ущемленным?

Несмотря на то, что у Уилла тоже могли возникать некоторые из этих альтернативных идей, он был благодарен группе за ее попытки помочь и гораздо активнее себя вел на встрече сообщества пациентов, которая происходила в тот же вечер. Во время групповой дискуссии терапевты старались оказывать ему максимальную поддержку. Они отметили, что Уилл принимает искренние попытки изменить свое упрямство, раз он с готовностью определил себя как упряма, а также просил совета у других членов группы и обдумывал их рекомендации.

Другая пациентка заявила, что хочет изменить свой способ общения с людьми, чтобы у нее появилось больше друзей. В качестве средства она решила улуч-

шить свою внешность (внешность действительно составляла для нее проблему, поскольку она была чрезвычайно неухоженной и неопрятной на вид). Ее партнером в этом упражнении случайно оказался парикмахер, который предложил ей несколько полезных способов улучшения ее облика. Другие члены группы давали ей советы по поводу стиля одежды, подходящих для нее цветов и т.д.; а одна из пациенток предложила вместе пойти по магазинам, чтобы купить новые вещи.

Еще одна пациентка сказала, что хочет справиться со своей застенчивостью, быть более открытой и уверенной в общении с другими людьми. Она считала, что может добиться этого, наняв педагога по сценической речи, чтобы он научил ее говорить более уверенно. Партнер этой женщины и другие члены группы напомнили ей о групповых сеансах, в ходе которых она вела себя гораздо более уверенно и была не так уж застенчива. Терапевт сказал, что, возможно, ее неуверенная речь была связана с ощущением собственной незначительности, и если группа поможет ей лучше думать о себе, то и речь соответственно улучшится. В итоге пациентка попросила членов группы указывать ей, когда она начинает говорить слишком тихо, чтобы внести соответствующие поправки.

Игры, снижающие напряжение

Важно, чтобы пациенты фокусной группы получали удовольствие от сеанса и каждый день с нетерпением ожидали новой встречи. Разумно применяемые игры могут упростить достижение этой цели. Игры снимают напряженность, обеспечивают легкий отдых между более ответственными заданиями, усиливают взаимо-

действие членов группы, улучшают социальные навыки и повышают групповую сплоченность.

Я уже приводил несколько предостережений, касающихся применения игр. Они не должны оставлять у пациента впечатление о том, что персонал клиники, считая пациента неспособным на дальнейшие изменения, сдался и перестал проводить терапию. Позитивные черты игр могут приносить радость, а негативных последствий можно избежать, если терапевты здраво подходят к их применению и встраивают в них рабочие компоненты.

Например, короткая игра, которую я часто использую в фокусных группах, предполагает, что один из членов группы выходит из комнаты на несколько минут, а в это время кто-нибудь из оставшихся немного изменяет что-то в своем облике. (Человек может снять очки или украшения либо добавить что-то, взяв из предложенной терапевтом коробки; можно расстегнуть рубашку, закатать рукава, поменять местами туфли и т.д.) Вернувшись в комнату, «водящий» пытается определить возникшие перемены.

Это упражнение, хотя и выглядит легкой игрой, также представляет собой очевидную терапевтическую работу. В самом начале упражнения каждого члена группы просят обойти комнату по кругу и тщательно осмотреть всех участников, чтобы быть готовым заметить изменения. Такое задание повышает сплоченность группы и взаимодействие между ее членами; у них вырабатывается привычка быть наблюдательными. Подобная игра поощряет визуальный контакт и усиливает осознание членами группы присутствия друг друга.

«Виселица» — популярная детская игра, часто используется в группах, состоящих из плохо функционирующих пациентов. Один из играющих молча задумывает слово и рисует на доске ряд прочерков, указывающих, сколько букв в этом слове. Остальные члены группы пытаются догадаться, какие буквы в нем есть. Когда ответ правильный, игрок вписывает названную букву; когда неправильный, он рисует одну из деталей виселицы, а потом состоящую из палочек фигурку казненного. Игра продолжается до тех пор пока не будет закончена «сцена казни» либо пока участники не отгадают все слово.

«Виселица» может иметь большой терапевтический эффект, если терапевт немного изменяет правила — советует игроку выбирать такие слова, которые обозначают чувства, возникающие у него самого или у другого участника группы во время сеанса.

Еще одно игровое упражнение начинается с того, что терапевт помещает в центре группового круга собрание картинок, вырезанных из журналов. Членам группы дается указание выбрать две картинки: одну — с изображением человека, который, по их мнению, испытывает к ним симпатию, а вторую — с изображением человека, которому они, наверно, не нравятся. После того как выбор сделан, каждый член группы показывает свои картинки остальной группе и кратко описывает причины своего выбора.

Терапевты могут здесь задавать тон (как и в большинстве упражнений), вызываясь первыми выступить со своими картинками и изложить причины, побудившие их именно к такому выбору. И, в соответствии со своей оценкой потребностей группы, терапевт может создать легкую игровую атмосферу, выбирая картинки с фанта-

стическим или забавным смысловым подтекстом, или задать более серьезный тон, делая свой выбор на основе личных автобиографических ассоциаций.

В другой игре в центр группового круга помещается стопка карточек. На каждой написано маленькое незавершенное предложение, требующее какого-то личного самораскрытия. Вот некоторые примеры:

Я чувствую себя счастливым, когда _____.

Качества, которые мне нравятся в себе, это _____.

Я разочаровываюсь, когда _____.

Я скучаю по _____.

Сегодня наиболее привлекательным человеком в группе является _____.

Еда, которой нас кормят в клинике, _____.

Я очень хорошо умею _____.

Участников группы просят по очереди выбрать одну карточку, прочесть вслух ее содержание и закончить предложение как можно быстрее, а затем указать на кого-то еще, кто будет тянуть следующую карточку. Несмотря на то, что эти задания требуют определенного самораскрытия, быстрый темп игры и непредсказуемость выбора членов группы снижают ощущение личной угрозы и придают взаимодействию непринужденную атмосферу.

Я никоим образом не претендую на то, что указанные игры составляют исчерпывающий список структурированных упражнений. Солидный запас упражнений доступен в литературе [5], да и воображение руководителя фокусной группы здесь не ограничено. Однако выбор и презентация структурированных упражнений – лишь малая часть задачи ведущего. Очень важно понимать, что структурированные упражнения –

нечто вроде необработанных строительных блоков терапии фокусной группы. А терапевтические отношения руководителя с пациентами, его навыки и способность поддерживать пациентов, вовлекать их в работу и быть фасилитатором их взаимодействия друг с другом являются тем цементом, который скрепляет эти блоки, возводя терапевтическое здание.

Завершение сессии

Заключительная фаза встречи фокусной группы аналогична заключительной фазе высокоуровневой группы, где с помощью наблюдателей и терапевтов группа размышляет над своим собственным продвижением. Ранее я уже подчеркивал, что эффективное применение концепции «здесь и сейчас» требует не только взаимодействия, но и второго этапа – «петли» саморефлексии, в ходе которого участники группы изучают свое взаимодействие. Задача этой последней фазы встречи фокусной группы, как и высокоуровневой, состоит в том, чтобы инициировать стадию саморефлексии и поощрить группу к обзору и оценке прошедшего сеанса.

Структура заключительной фазы сессии в фокусной группе отличается от финала в высокоуровневой. Плохо функционирующие пациенты, как правило, бывают слишком взволнованы, отстранены и/или дезориентированы, чтобы усвоить детальный комментарий к процессу, предлагаемый терапевтами и наблюдателями. Фаза обзора оказывается гораздо более эффективной, если ведется самими членами группы в соответствии с тщательно выстроенной, последовательной схемой.

Одна из эффективных структур заключительно этапа — систематический обзор всех частей встречи. Руководитель группы подходит к доске и просит участников вспомнить,

с чего начался этот сеанс. Затем члены группы пытаются припомнить не только первое упражнение, но и предшествующие ему события (например, кто-то из группы пересел на другое место, новая пациентка представилась группе и т.д.). Потом терапевт просит вспомнить какие-нибудь детали первого упражнения. Допустим, выполняя упражнение, члены группы рассказывали друг другу об одном хорошем и одном плохом событии, случившихся с ними в тот день. Тогда ведущий просит их припомнить некоторые из этих хороших и плохих событий. Та же самая процедура обзора сохраняется для всех остальных фаз встречи.

Следуя этой систематической временной реконструкции сеанса, терапевт приводит пациентов к оценке встречи. Он помогает им выразить свое мнение относительно наиболее и наименее ценного опыта, самой приятной или очень напряженной части встречи и обосновать свои суждения. Обеспечение «легального» форума для выражения негативных чувств обычно снижает сопротивление пациентов в ходе последующих встреч. Позитивные и негативные оценки пациентов — не просто отвлеченное упражнение, поскольку терапевт ясно дает понять, что эти оценки сыграют решающую роль в выстраивании будущих встреч. Если пациенты едины в том, что какое-то упражнение было очень пугающим, малоинформативным или чересчур простым, тогда терапевт учитывает их мнение и соответствующим образом изменяет программу следующих встреч.

Другая фаза обзора — обсуждение наблюдений членов группы, сделанных относительно друг друга во время встречи. Терапевт может составить структуру из ряда вопросов, которые поддержат пациентов и будут подходить для этой конкретной встречи. Например, кто был самым

активным и пассивным участником группы в ходе этого сеанса? Кто вел себя сегодня иначе, чем вчера? Кто взял на себя в этой встрече определенный риск? Кто из членов группы оказывал остальным наибольшую поддержку? Что нового мы узнали о каждом участнике группы?

Важно, чтобы терапевты участвовали в обзоре не менее активно, чем в ходе остальных этапов встречи. Они тоже говорят о том, что им больше всего понравилось в этой сессии, и описывают группе свои реакции на разнообразные события. Во время выступления можно, например, обходить комнату и комментировать положительный вклад со стороны каждого члена группы.

Обзор встречи полезен для пациентов по нескольким причинам. Устанавливая «петлю саморефлексии» (то есть исследование процесса), терапевт способствует фасилитации эффективного взаимодействия. «Процессуальные проверки» — независимо от того, происходят они в заключительном обзоре встречи или в ходе сеанса (вроде: «Давайте на минутку вернемся назад и попытаемся понять, что сегодня происходит в группе») — почти всегда углубляют взаимодействие, делают его менее угрожающим, предлагают членам группы некую когнитивную систему отсчета, позволяющую перенести в свою жизнь то, чему они научились в группе.

Польза систематического анализа выражается также в том, что он облегчает у многих пациентов чувство растерянности, дезориентации. Фокусируя их внимание на временной последовательности встречи, поощряя их вспоминать, какими были первая, вторая, третья и четвертая части сеанса, терапевт помогает пациентам со спутанным сознанием организовывать свой опыт в упорядоченную временную последовательность. Один пациент со спутанным сознанием заметил в конце фазы об-

зора: «Сегодня будет первый раз, когда я смогу рассказать своему врачу, чем я сегодня занимался».

Заключительный обзор – это, помимо прочего, упражнение по принятию ответственности. Поскольку оценки помогают формировать будущие встречи, пациенты более активно включаются в свой собственный терапевтический процесс.

Процесс обзора, кроме того, повышает концентрацию и увеличивает продолжительность внимания. Пациенты знают, что во время заключительного резюме их попросят рассказать о событиях встречи, поэтому они уделяют этим событиям больше внимания. На своих первых сеансах некоторые пациенты с нарушенной концентрацией могут вспомнить в лучшем случае лишь главные события встречи – то есть, скажем, что в течение сеанса у них было три различных упражнения. Постепенно, после нескольких встреч, они оказываются способны заполнить отдельные части встречи некоторыми деталями.

Процесс резюме поощряет пациентов хотя бы в течение 45 минут в день более полно жить в настоящем времени. Зная, что их попросят оценить встречу постфактум, они стараются более внимательно относиться к своей собственной работе и действиям других членов группы. Чем лучше пациенты научатся жить настоящим (а не прошлым или будущим), тем больше удовлетворения они станут получать от жизни и тем успешнее они будут общаться с людьми. Терапевт группы может совершенно открыто говорить об этом с пациентами. Им стоит объяснить, что их дисфория уходит корнями в страх перед надвигающимся будущим или в переживание заново болезненных событий прошлого, поэтому, научившись сосредоточиваться на настоящем, они обретут контроль над своей тревогой.

За пределами структуры

Из соображений педагогического удобства я до сих пор описывал сеанс фокусной группы как аккуратную последовательность хорошо спланированных упражнений. Настало время для некоторых компенсирующих замечаний, чтобы терапевты не пришли к ошибочному выводу, что роль руководителя фокусной группы состоит исключительно в добросовестном следовании некоему заготовленному рецепту.

Напротив, руководитель фокусной группы должен проявлять значительную клиническую чувствительность — быть гибким и достаточно умелым, чтобы изменять цели, темп и глубину каждой встречи, приспосабливая ее к текущей клинической ситуации. План встречи призван обеспечить структуру и упростить работу в течение сеанса, а не быть жесткой процедурой, которая связывает терапевта по рукам и ногам. Терапевт должен сохранять гибкость (в течение всей встречи, во время выполнения всех упражнений и между ними) и постоянно обеспечивать поддержку, поощрение и пояснительное руководство.

Например, молодая девушка, страдавшая шизофренией, которую я упоминал раньше в этой главе, благодаря участнику группы изменила свою прическу. Во время следующей встречи она была взволнована и сильно отвлекалась из-за слуховых галлюцинаций, обвиняющих ее в том, что она «шлюха». Терапевту удалось ее утешить и ободрить, опираясь на такие доводы: «Я не знаю ни одного человека, у которого не было бы сексуальных желаний» и «Я сегодня надела красивый новый свитер, а у вас — привлекательная новая прическа. Мой свитер еще не делает меня шлюхой, как не делает вас шлюхой новая прическа».

Другой пациент во время групповых упражнений был чрезмерно самокритичен и негативно настроен. Терапевт предложила ему такую интерпретацию: «Оуэн, я хочу поделиться с вами одним наблюдением. Когда я сегодня зашла за вами, чтобы сопроводить на групповую встречу в два часа дня, вы разговаривали по телефону с другом. Я понимаю, вы были очень недовольны тем, что вам пришлось прервать свой разговор. Я вот думаю, не чувствовали ли вы раздражения в течение всей этой встречи в мой адрес и вообще по поводу строгого расписания работы клиники? Возможно, вы справлялись со своим гневом, обратив его на себя и постоянно «пиная» себя в течение всего сеанса?» За утвердительным ответом Оуэна последовала воодушевленная и конструктивная пятиминутная дискуссия, в ходе которой другие члены группы озвучили свои жалобы по поводу распорядка работы стационара.

Терапевт должен быть готов разбираться с подрывными событиями во время сеанса — и либо «латать прорехи», либо, по возможности, поворачивать подрывные действия в выгодное терапевтическое русло. Это тот же принцип «зерно для мельницы», описанный в 4-й главе — за тем исключением, что у терапевта должны быть гораздо более ограниченные цели, и осуществлять их он должен в более мягкой, осторожной манере.

Например, через 3 минуты после начала встречи Марк, молодой шизофреник, вдруг по непонятной причине выругался и выбежал из комнаты. Уход Марка расстроил и озадачил остальных членов группы. Терапевт направил это событие в полезное русло, прокомментировав его так: «Я по чистой случайности узнал сегодня от персонала, что утром Марк был очень огорчен какими-то проблемами в своей семье. Странно, что

несмотря на то, что я знаю об этом, я все равно не могу не чувствовать себя расстроенным и несколько обиженным тем, что Марк убежал со встречи. Я на него немного сердит и все время спрашиваю себя, не сделал ли я чего-нибудь в начале встречи, что его задело. Интересно, ни у кого из вас нет похожих ощущений?»

Во время другой встречи группа была занята структурированным упражнением. От пациентов требовалось нарисовать нечто, отображающее событие в их жизни, о котором они сожалеют. Пациент в депрессии, его звали Дэвид, нарисовал квадратную шапочку выпускника университета и сказал, что больше всего он сожалеет о том, что в юности ушел из колледжа и так и не получил диплома. Внезапно Эбби, пациентка, страдающая шизофренией, перебила его: «Дэвид, ты считаешь себя таким умным, а вот я думаю, что ты самый большой дурак во всей клинике!» Дэвид был оскорблен комментарием Эбби, и остальные члены группы выглядели смущенными и озадаченными, не зная, как реагировать на эту реплику.

Терапевт быстро принял решение о том, что ему следует попытаться выполнить две задачи: во-первых, обеспечить Дэвиду поддержку; во-вторых, предложить Эбби щадящую обратную связь относительно последствий ее заявления. Терапевт спросил Дэвида, какие чувства он испытал после комментария Эбби. Дэвид, едва удерживаясь от слез, сказал группе: он всю жизнь боялся, что не очень умен, поэтому замечание Эбби ранило его самое незащищенное место. Тогда терапевт стал спрашивать мнение других членов группы об интеллекте Дэвида. (У терапевта не было никаких поводов тревожиться из-за этих расспросов, потому что Дэвид — человек с ярко выраженным умом, и остальные пациенты клиники смотрели на него снизу вверх.)

Группа, как и ожидалось, обеспечила Дэвиду горячую поддержку (вместе с терапевтом).

Это вмешательство (которое заняло около 5 минут), явно добилось своей цели, потому что 10 минутами позже Эбби неожиданно прервала следующее упражнение. Она призналась группе, что имела в виду вовсе не то, то сказала Дэвиду, а на самом деле истина состоит в том, что она сама чувствует себя ужасно глупой. Сожаление Дэвида о том, что он не получил диплома колледжа, затронуло ее болезненное переживание по поводу того, что она так и не окончила среднюю школу. Группа постаралась утешить Эбби, и в финальном резюме члены группы оценили встречу как весьма полезную.

Нередко терапевт получает возможность сделать ценные короткие замечания по ходу сеанса. В заключительных беседах перед выпиской пациенты описывали такие полезные комментарии, которые запали им в память.

«Похоже, вы по-настоящему нравитесь людям. Я все время слышу, как в группе говорят об этом, но поскольку вы очень критично относитесь к себе, вам трудно верить окружающим, и вы продолжаете упорно считать, что они испытывают к вам те же чувства, что и вы сами».

«Забота матери и отца — помочь своим детям вырасти достаточно сильными, чтобы они смогли покинуть отчий дом. Это не ваша работа — оставаться дома и пытаться сохранить брак ваших родителей от развала».

«Невозможно добиться любви со стороны всех и каждого. Всегда найдется кто-то, кто вами недоволен. К этому тяжело привыкнуть, но это простой жизненный факт, которому мы должны смотреть в лицо».

«Расставание всегда приносит боль, но ни одни отношения, любовные или дружеские, не длятся вечно. Рас-

ставания случаются всегда. И держаться подальше от людей из-за предполагаемого расставания — значит признать свое поражение. Это обрекает вас на одиночество и изоляцию».

Руководитель фокусной группы должен быть способен смещать уровень группы: облегчать его — если уровень патологии особенно серьезен; углублять — если группа стабильна и пациенты доказали, что способны работать более интенсивно. Способность терапевта определить нужный уровень для группы и сделать необходимые технические подстройки требует значительной чувствительности и развивается вместе с клиническим опытом.

Терапевт, желая сдвинуть группу на более легкий уровень, моделирует менее личностные реакции на задания, включает в работу больше игровых упражнений, предполагающих индивидуальную активность, параллельные занятия. Он вводит больше таких заданий, которые требуют непрямого выражения (например, рисование, письмо, двигательные упражнения) и снимают акцент с взаимодействия «здесь и сейчас». Дабы переместить группу на более глубокий уровень, требуются противоположные стратегии. Здесь допустима большая степень самораскрытия. Терапевт использует упражнения, которые требуют самораскрытия, взаимодействия между членами группы и анализа процесса. Можно увеличить глубину работы, фокусируясь на последствиях ситуаций «здесь и сейчас» в любом групповом взаимодействии.

Например, давайте рассмотрим предложения, которые нужно дополнить: «Я не могу говорить людям, что они мне нравятся, потому что _____». Для усиления фокуса на взаимодействии «здесь и сейчас»

терапевт может задавать пациентам эти вопросы, а участники группы комментируют, применимы ли их ответы к событиям текущего сеанса. «Кому из присутствующих в этой группе вы бы хотели сказать что-то положительное? Кому вы не решаетесь это сказать из страха?»

Терапевт может углубить уровень расспросов по принципу «здесь и сейчас» за счет большего раскрытия со своей стороны (например, описывая негативные моменты дня, терапевт может сказать, что ощущает напряжение, или рассказать о своем споре с коллегой, или о том, что он сегодня плохо спал). Терапевт может попросить членов группы обсудить, какие чувства они испытывают от такой степени открытости с его стороны. В своих заключительных беседах почти все пациенты говорят, что они очень ценят честное самораскрытие терапевта. Терапевт предстал более человечным, и это поощрило пациентов к более активному участию во встречах.

Терапевт может усилить чувство личной ответственности каждого пациента в фокусной группе теми же способами, которые применяют в высокоуровневой. В ходе заключительного обзора, например, терапевт может оценить ту степень риска, которую принял на себя каждый пациент в течение сеанса. А желая еще больше углубить работу, терапевт может поинтересоваться, удовлетворен ли сам пациент той степенью риска, которую принял на себя. Насколько комфортно он себя чувствовал? Готов ли пациент взять на себя еще больший риск на завтрашней встрече? Если так, то какую помощь он хотел бы получить со стороны терапевта? Хотелось бы пациенту, чтобы терапевт чаще обращался к нему или задавал ему больше вопросов? В течение следующих встреч терапевт мо-

жет вновь проводить такую проверку, чтобы увидеть, правильно ли он следует намерениям пациента. Эта стратегия позволяет пациенту отслеживать собственное участие в группе; «вербует» его в качестве союзника терапии и позволяет ему разделять ответственность за свое собственное лечение.

Заключение

В мои намерения не входит, чтобы эту модель работы низкоуровневой группы рассматривали как некую точную схему, которой обязаны следовать остальные клиницисты. Я завершаю книгу в надежде, что представленные модели низкоуровневой и высокоуровневой групп послужат иллюстрацией общих стратегий. Другие терапевты могут их одобрить и преобразовать в соответствии со своим индивидуальным стилем и требованием клинической обстановки.

Приложение

[А]. H. Davis and K. Dorman, «Group Therapy versus Ward Rounds», *Diseases of Nervous System* 35 (1974), pp. 316–319.

[Б]. E. Arnhart, «Establishing Group Work in a Psychiatric Unit of a General Hospital», *JPN and Mental Health Services* 13 (1975), pp. 5–9.

[В]. S. Lipkin, «Clients' Feelings and Attitudes in Relation to the Outcome of the Client-centered Therapy», *Psychology Monographs*, P. 372; A. Goldstein, «Patients' Expectancies and Non-Specific Therapy as a Basis for (un)Spontaneous Remission», *Journal of Clinical Psychology* 16 (1960), pp. 399–403; H. Friedman, «Patient Expectancy and Symptom Reduction», *Archives of General Psychiatry* 8 (1963), pp. 61–67.

[Г]. E. Uhlenhuth and D. Duncan, «Subjective Change with Medical Student Therapists: II. Some Detriments of Change in Psychoneurotic Outpatients», *Archives of Gene-*

ral Psychiatry 18 (1968), pp. 532 – 540; A.P. Goldstein and W.G. Shipman, «Patients' Expectations, Symptom Reduction and Aspects of the Initial Psychotherapeutic Interview», *Journal of Clinical Psychology* 17 (1961), pp. 129–133.

[Д]. Огромное множество проблем сбивает с толку исследователя, который пытается изучить степень эффективности стационарной групповой терапии. Идеальный план исследования, применимый в амбулаторной практике, требует сравнения результатов, показанных теми пациентами, которые зачислены в группу терапии, с данными пациентов, не посещающих никакой терапии (контрольная группа), а также с результатами пациентов, занятых в других формах терапии, таких как семейная, индивидуальная или фармакологическая. Если мы хотим, чтобы это исследование было независимым, то в нем не должно быть пересечений – то есть пациенты в группах не должны получать одновременно индивидуальной или лекарственной терапии; в противном случае точность отнесения результатов на счет какого-либо одного из типов терапии становится проблематичной.

Более того, группа пациентов, проходящих конкретный вид терапии, должна получать сравнительно одинаковое лечение. Если в лечении участвуют несколько индивидуальных или групповых терапевтов и все они практикуют сильно отличающиеся одна от другой формы терапии, тогда ни групповую, ни индивидуальную терапию нельзя трактовать как отдельный «организм». Действительно, с клинической точки зрения разнообразие может быть настолько огромным, что некая разновидность групповой терапии может скорее напоминать индивидуальную терапию, чем иные формы групповой. Хотя статистические методы по-

зволяют оценить факторы, влияющие на результат, такой анализ потребовал бы огромного числа пациентов и групп.

Давайте рассмотрим условия исследования, доступные в кризисном стационаре. Прежде всего, здесь каждый пациент подвергается воздействию множества форм терапии: терапия средой, деятельностная терапия, психотропное лечение, индивидуальная терапия, множество неформальных терапевтических сеансов — беседы с сотрудниками клиники, обсуждение с другими пациентами, арт-терапия, трудотерапия, встречи терапевтического сообщества, семейная терапия и, конечно, один или много типов огромного разнообразия специализированных групп.

Таким образом, групповая терапия — лишь часть всеобъемлющей программы терапии. Если одни участники исследования состоят в небольшой группе терапии, а контрольная группа — нет, то между такими выборками может не обнаружиться существенной разницы, потому что для многих пациентов групповая терапия ответственна лишь за небольшую долю влияния на общий результат. Более того, возможно, что пациенты из не посещавшей группу контрольной выборки могут восполнять эту недостачу. Например, стараются завести дополнительные неформальные разговоры с сотрудниками стационара или активнее участвуют в любой из иных терапевтических программ. (В амбулаторной терапии возможен тот же феномен, но в значительно меньшей степени: пациенты из контрольной группы ищут неформальной терапии с друзьями, священниками, барменами и т.д.) Хотя исследователи пытаются отследить получение неформальной терапии, это — весьма сложная задача, а тем более в об-

ширном исследовании, где большое количество данных ускользает «мимо невода».

Ситуация становится еще более запутанной благодаря тому, что, как я писал в главе 2, большинство клиник предлагают несколько различных типов групп терапии. Хотя эти группы фигурируют под самыми разнообразными названиями, часто они в значительной степени накладываются друг на друга в отношении процедуры и функций. Так, «двигательная терапия» или дискуссионный кружок могут оказаться более эффективными видами терапии в плане взаимодействия, чем формально названная группа «разговорной» терапии. Притом пациент, формально исключенный ради целей исследования из «разговорной» психотерапевтической группы, на деле получает тот же самый опыт в другой группе.

Если же исследователи попытаются контролировать эти пересечения и наложения влияний, запретив пациентам из контрольной выборки посещать любые группы в клинике, они могут настолько сильно вмешаться в клинический опыт пациента, что окончательная интерпретация результатов исследования станет весьма затрудненной. Стационарная группа терапии включена в чрезвычайно запутанную терапевтическую систему, где все элементы взаимозависимы. Исключение пациента из групп терапии может помешать программе его лечения.

Скажем, многие пациенты получают значительную пользу от своих отношений с другими пациентами. Малая группа терапии часто способствует фасилитации взаимоотношений пациентов и улучшает их. Пациент, посещающий групповую терапию, и пациент из контрольной группы могут показать существенную разницу в результатах. Но относить ли эту разницу на

счет самой групповой психотерапии? Или разница объясняется взаимоотношениями с другими пациентами — их фасилитацией и развитием на встречах малой группы терапии?

Некоторые исследователи пытались обойти эти препятствия, используя иную экспериментальную схему. Они сравнивали результаты пациентов, госпитализированных в клинику, которая предлагает небольшую программу групповой терапии, с теми, кто был госпитализирован в клинику, где нет никакой терапевтической группы. Но и эти проекты тоже не идеальны. Являются ли найденные различия функцией именно опыта групповой терапии или дело в других специфических особенностях клиник, поддерживающих групповую программу и не поддерживающих ее? Клиники, которые не предлагают групповой программы, как правило, рассчитывают на психотропное медикаментозное лечение, электрошоки и индивидуальную терапию с госпитализирующим психиатром. Такая среда нередко бывает менее терапевтична по своей природе. Да и персонал стационара менее заинтересован или менее квалифицирован, чтобы предлагать пациентам психотерапию. Если сотрудники получили подготовку по групповой психотерапии, но администрация не разрешает проводить ее, тогда очень вероятно, что персонал стационара будет деморализован и там будет большая текучка кадров, скрытые внутренние конфликты, что тоже негативно влияет на результаты исследования.

Схема исследования, которая наиболее эффективно избегает ловушек противопоставления «участие в группе — неучастие в группе», должна распределять пациентов по различным типам малых групп терапии, сохраняя остальную часть их клинического опыта неизменной. Например, пациенты проходят такие вари-

анты групповой терапии: группа взаимодействия, поведенческая группа, гештальт-группа и группа разрешения проблем — а потом исследователи сравнивают результаты каждой из них. Поскольку пациенты постоянно взаимодействуют друг с другом и обмениваются впечатлениями, эта схема более эффективна, если группы ведутся не одновременно, а последовательно. Иными словами, эта схема требует, чтобы клиника предлагала лишь один вид группы в течение определенного времени — скажем, 2 месяца, а затем поочередно заменяла его другими видами групп.

Осуществима ли такая схема? Она требует масштабного сотрудничества персонала клиники и исследователей. Кроме того, она имеет свой собственный набор методологических проблем. Например, кто возглавляет группы? Если для ведения этих групп нанимают терапевтов со стороны, специализирующихся в этом виде групп, то они находятся в невыгодном положении, поскольку им не хватает клинической информации о пациентах, которая доступна только постоянным работникам клиники. Если же группы ведут сотрудники постоянного персонала, тогда у исследования тоже есть свои недостатки, потому что групповые терапевты оказываются обязаны вести группы в таких формах, которые лично для них неудобны или несовместимы с их стилем.

Насколько мне известно, существует лишь один стационарный проект, который использует такую сравнительную схему (L. Beutler et al., «Comparative Effects of Group Therapies in a Short-term Inpatient Setting: An Experience with Deterioration Effects», *Psychiatry*); и этот проект также совершает указанную ошибку, назначая терапевтов вести группы в непривычном для них стиле.

Даже если бы подобная схема была осуществлена в

совершенстве, ее усложняли бы проблемы, связанные со значительной неоднородностью патологии и быстрой сменой состава пациентов и персонала психиатрического стационара. Сейчас, когда я пишу эти строки, я знаю, что вчера моя стационарная группа состояла из 8 пациентов, 6 из которых были в депрессии и глубоко деморализованы, со значительным психомоторным отставанием; в то время как другие 2 — шизоиды, чрезвычайно застенчивые и стыдливые. Соответственно, групповая встреча проходила крайне вяло и с болезненной осторожностью. Мне пришлось потрудиться, чтобы подобрать нужный материал и поддерживать пациентов вовлеченными в работу. Однако лишь за 10 дней до этого та же самая группа состояла из 8 женщин с пограничным синдромом (5 из них — с острой булимией) и 2 пациентов в депрессии. Характер сеансов той группы был совершенно иным: темп был оживленным, атмосфера разве что не искрила, пациенты сражались между собой за время в группе, и моей главной заботой было смягчать аффекты и помогать пониманию групповых событий.

Проблема в том, что состав — а следовательно, и характер стационарной группы — варьирует столь быстро и интенсивно, что исследование будет полно ошибок (если только не изучать чрезвычайно большую выборку групп и не вести тщательные объективные записи о таких переменных факторах, как климат в группе, принятые нормы, стиль руководства, уровни аффекта и типы взаимодействия).

Проблема руководства малой группы также неустойчива. Причем не только сами ведущие групп сменяются, но и опыт и подготовка их тоже в значительной степени разнятся. Часто ведущие групп бывают совершенно неопытны (например, ординаторы-первогодки

или только что закончившие обучение психиатрические медсестры). Поскольку ни одна формальная учебная программа не обучает ведению краткосрочной стационарной групповой терапии, скорее всего, руководители группы будут чрезвычайно своеобразны в своем подходе (раз он не подлежит никакой категоризации). Таким образом, исследование, которое сообщает о результатах «стационарной групповой терапии» так, как если бы существовал какой-то унифицированный способ проведения такой терапии, представляет собой не слишком большую ценность. Некоторые руководители умелы, чувствительны и эффективны; другие — попросту некомпетентны. Отрицать это в итоговом исследовании — значит напрашиваться на серьезную ошибку.

У меня есть оговорки и относительно категоризации стиля лидерства. Большинство исследовательских отчетов удовлетворяются чрезмерно короткой, неадекватной характеристикой стиля (например, «аналитический», «недирективный», «гештальт», «ориентированный на инсайт»). Однако в исчерпывающем исследовательском проекте по групповой терапии 1972 года мы с моими коллегами продемонстрировали, что официальные идеологические ярлыки, которые навешивают на себя ведущие, несут чрезвычайно мало информации о действительном поведении лидера (M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts*, New York, Basic Books, 1973, pp. 226–267). Эта ошибка еще усиливается, если, сравнивая такие категории, как «группы инсайта» и «группы поддержки», исследователи не учитывают детальной информации относительно типов инсайта или способов поддержки, полагая, что избегают пересечения функций (то есть, «инсайтовый» лидер якобы не обеспечивает членов группы

поддержкой). И ни один исследовательский проект никогда еще не занимался моей личной «любимой мозолью»: как считать инсайты? Сколько их было? Все клиницисты знают, что это полная глупость — продолжать, как делают некоторые исследователи, подсчитывать количество «инсайт-утверждений». Существует точный и неточный инсайт, и даже точный инсайт должен быть хорошо рассчитан по времени и хорошо проработан, чтобы быть эффективным.

Некоторых из этих ловушек исследователи могут избежать, используя большие выборки пациентов, групп и терапевтов, а также ведя тщательные записи поведения руководителей с помощью подготовленных регистраторов. Но такое обширное исследование — чрезвычайно дорогостояще. (Например, эксперимент Либермана, Ялома и Майлза включал 18 групп и 210 человек, он стоил приблизительно 250 тысяч долларов в 1972 году.) Таким образом, учитывая инфляцию, нынешнее состояние экономики и нежелание федеральных агентств спонсировать исследования по психотерапии, маловероятно, что необходимый определяющий исследовательский проект по стационарной групповой терапии когда-либо осуществится.

[Е]. В. Rosen, A. Katzoff, P. Carillo, and D. Klein, «Clinical Effectiveness of 'Short' versus 'Long' Psychiatric Hospitalization», *Archives of General Psychiatry* 33 (1976), pp. 1316—1322.

Эти авторы изучали 126 пациентов вскоре после того, как общественные фонды Нью-Йорка ограничили продолжительность пребывания в клинике до 90 дней. Те пациенты, которым было назначено кратковременное лечение, оставались в клинике в среднем на 86 дней; а долгосрочные пациенты — на 180.

Клиники краткосрочной госпитализации предлагали программу групповой терапии; работавшие по долгосрочной программе — нет. Краткосрочных и долгосрочных пациентов сравнивали по всем возможным критериям до назначения терапии. И краткосрочные пациенты (то есть посещавшие групповую терапию) показали значительно большее улучшение социальной компетенции, аффективного и когнитивного функционирования. По стандартам 1983 года госпитализация на 86 дней — отнюдь не короткая. Однако хорошего аналогичного исследования кризисных стационаров со средним сроком пребывания 4–20 дней — просто не существует. В результате мы вынуждены полагаться на разумную экстраполяцию данных исследований из родственной клинической обстановки.

[Ж]. A.R. Alden et al., «Group Aftercare for Chronic Schizophrenia», *Journal of Clinical Psychiatry* 40 (1979), pp. 249–252; R.M. Prince et al., «Group Aftercare — Impact on a Statewide Program», *Diseases of the Nervous System* 77 (1977), pp. 793–796; J.L. Claghorn et al., «Group Therapy and Maintenance Therapy of Schizophrenics», *Archives of General Psychiatry* 31 (1974), pp. 361–365; S.A. Purvis and R.W. Miskimins, «Effects of Community Follow-up on Post-hospital Adjustments of Conditionally Discharged Patients in a Mental Health Clinic», *American Journal of Psychiatry* 122 (1966), pp. 798–805; T. Borowski and T. Tolwinski, «Treatment of Paranoid Schizophrenics with Chlorpromazine and Group Therapy», *Diseases of the Nervous System* 30 (1969), pp. 201 – 202; M.I. Herz et al., «Individual versus Group Aftercare Treatment», *American Journal of Psychiatry* 31 (1974), pp. 808–812; C.O. O'Brien et al., «Group versus Individual Psychotherapy with Schizophrenics: A Controlled Outcome Study», *Archives of General*

Psychiatry 27 (1972), pp. 474—478; L. Mosher and S. Smith, «Psychosocial Treatment: Individual, Group, Family and Community Support Approaches», *Schizophrenia Bulletin* 6 (1980), pp. 10—41.

Исследовательская литература обеспечивает убедительное доказательство того, что групповая терапия — эффективный способ постгоспитального лечения. Алден и соавторы показывают, что групповая постгоспитальная терапия в течение года была более эффективна, чем индивидуальная в плане снижения числа госпитализаций и средней продолжительности каждой госпитализации. Принс и его соавторы сообщают о таких же данных: групповая постгоспитальная терапия эффективнее, чем индивидуальная, для поддержания хронических пациентов вне клиники — в их собственном окружении и обществе; а для поддержания вне клиники пациентов с острым синдромом эффективность этих двух форм терапии оказалась равной. Клэгхорн с соавторами выяснили, что пациенты, посещавшие после клиники групповую терапию, показали значительное улучшение межперсонального функционирования по сравнению с контрольной группой, не получавшей никакой терапии. Первис с соавторами продемонстрировали, что постгоспитальная групповая терапия снижает риск рецидива. Боровский и Толвинский показали, что постгоспитальная групповая терапия в сочетании с медикаментозным лечением намного превосходила по результатам лечение одними медикаментами. Герц и соавторы сообщают, что групповая терапия полностью эквивалентна индивидуальной с точки зрения результатов пациента. При этом они добавляют, что предпочтительна все же групповая терапия, поскольку благодаря ей улучшалось состояние духа персонала стационара, терапевты были готовы проводить боль-

ше времени с пациентами, а пациенты говорили о возросшем ощущении сообщества и расширившихся возможностях для общения. О'Брайен с соавторами в своем обширном исследовании методом случайной выборки продемонстрировали, что постгоспитальная групповая терапия гораздо более эффективна, чем индивидуальная, в снижении числа повторных госпитализаций и увеличении промежутков между ними, а также в уменьшении психиатрической симптоматики и повышении социальной эффективности. Все эти исследования, кстати говоря, не исключали фармакологическое лечение и в экспериментальной, и в контрольной выборке. Всеобъемлющий обзор этой литературы можно найти у Мошера и Смита.

[3]. S. Lipton, F. Fields, and R. Scott, «Effects of Group Psychotherapy upon Types of Patient Movement», *Diseases of the Nervous System* 29 (1968), pp. 603–605.

Объектами исследования были 67 пациентов Администрации по здоровью ветеранов США, госпитализированные в три клиники: в одной клинике имелась программа групповой терапии, в двух других – нет. Стиль групповых терапевтов описан как варьирующий «от попыток усиления общего инсайта со стороны пациентов до попыток увеличения их социализации».

[И]. G. Haven and B.S. Wood, «The Effectiveness of Eclectic Group Psychotherapy in Reducing Recidivism in Hospitalized Patients», *Psychotherapy, Theory Research and Practice* 7 (1970), pp. 153–154.

Исследование охватило 68 пациентов Администрации по здоровью ветеранов США, госпитализированных в одну и ту же клинику. Одним пациентам назначили групповую терапию (один час дважды в неделю),

а другие не проходили ее. Стиль руководства был «экслектичным, как правило — директивным и ориентированным на тестирование реальности и переобучение, с целью помочь пациентам более комфортно и эффективно взаимодействовать в межличностном общении». Среднее число посещаемых встреч — 16. Последующий период отслеживания рецидивов — год. У 33 из 68 пациентов был диагноз «тревожная реакция», и именно эта подгруппа положительно отреагировала на групповую терапию.

[Ж]. Приблизительно еще 12 исследований стационарной групповой терапии суммированы в больших обзорах: M. Parloff and R. Dies, «Group Psychotherapy Outcome Research», *International Journal of Group Psychotherapy* 27 (1977), pp. 281 — 319; Mosher and Smith, «Psychological Treatment» (см. Приложение [Ж]); M.A. Lieberman, «Change Induction in Small Groups», *Annual Review of Psychology* 27 (1976), pp. 217–250.

Эти исследования нерелевантны для нашей дискуссии об эффективности групповой терапии в кризисном стационаре, поскольку они изучали хронических пациентов: как правило — пациентов, которые были госпитализированы на целые годы, а затем с ними экспериментально протестировали недавно разработанную программу групповой терапии.

Однако два исследования выявили негативные результаты стационарной групповой терапии: E. Pattison, A. Brisserden, and T. Wohl, «Assessing Specific Effects on Inpatient Group Psychotherapy», *International Journal of Group Psychotherapy* 17 (1967), pp. 283–297; N. Kanas et al., «The Effectiveness of Group Psychotherapy during the First Three Weeks of Hospitalization: A Cont-

rolled Study», *Journal of Nervous and Mental Disease* 168 (1980), pp. 483–492.

Паттисон и соавторы сообщают об исследовании 24 пациентов Администрации по здоровью ветеранов США, которые были госпитализированы в кризисный стационар приблизительно на 12 недель.

Половине пациентов, по случайному принципу, назначили групповую терапию, а остальные участвовали во всевозможных других лечебных программах стационара, хорошо укомплектованного персоналом. Стиль руководителя группы описан как «психоаналитический, поощряющий взаимодействие с минимальным руководством». Авторы не указывают, кем были ведущие групп (то есть были ли они исследователями), не указывают они также, насколько часто и как долго занималась группа. Результаты оценивали по нескольким методикам: стационарная многомерная психиатрическая шкала IMPS, Q-сортировка по Роджерсу – Даймонду, опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL, 16-факторный опросник Кеттелла. И экспериментальная, и контрольная группы показали значительные улучшения. Между ними не было почти никаких различий – кроме того, что самооценка испытуемых *контрольной выборки* возросла больше (по данным Q-сортировки) и у них уменьшилось чувство вины (16-факторный опросник), а у испытуемых экспериментальной выборки заметнее снизилась симптоматика (SCL) и лучше были показатели многомерной психиатрической шкалы IMPS.

Тестовые различия были невелики. И авторы подчеркивают, что они «должны рассматриваться с большой осторожностью, поскольку отражают лишь несколько тенденций, а не являются весомым свидетельством». На данное исследование часто ссылаются как

на доказательство того, что стационарная групповая терапия неэффективна. В связи с этим необходимо отметить, что результаты этой работы неоднозначны — она не склоняет ни к каким достоверным выводам относительно эффективности групповой терапии в кризисном стационаре. К тому же размер выборки очень мал, и все исследуемые пациенты были мужчинами-хрониками. В эксперименте участвовал только один групповой терапевт. И контрольная выборка, как это признают сами авторы, не является адекватно контрольной, по крайней мере — в исследовании групповой терапии против «никакой терапии», поскольку пациенты контрольной выборки получали значительно больше индивидуальной терапии.

Таким образом, остаются лишь клинические суждения авторов о том, что «неактивный, недирективный групповой лидер-психоаналитик» не подходит для психиатрического стационара, а также их рекомендации модифицировать задачи и техники стационарной групповой терапии — сделать более созвучными целям краткосрочной госпитализации. Эти выводы, как подтверждает моя книга, близко смыкаются с моими собственными клиническими впечатлениями.

Канас и другие сообщают об исследовании групповой терапии в военном госпитале. Пациенты — 80 человек — в случайном порядке были распределены в три группы. Первая группа не проходила никакой групповой психотерапии (но индивидуальные консультации были доступны). Второй «рабочей» группе давали деятельностно-ориентированные задания: пациенты работали вместе над общим проектом (обычно это была одна из форм ремесел), а обсуждения интрапсихических или межличностных проблем были исключены. Наконец — группа терапии, которая встречалась

на один час 3 раза в неделю. Помимо посещения этих трех групповых встреч терапии каждую неделю, все пациенты были охвачены программой активного стационарного лечения. Оценки психопатологии проводили следующими методами (при госпитализации и через 20 дней): шкала общей оценки (GAS); форма психиатрической оценки (PEF); рейтинг пациентов, составленный персоналом; журнал назначения медикаментов. У большинства пациентов наблюдали явное улучшение, а потолковые эффекты сделали маловероятными значительные различия между тремя типами условий. Обнаружили следующее. Во-первых, среди пациентов «рабочей группы» в общем существенно меньшая доля имела улучшения по сравнению с двумя другими группами. Во-вторых, результаты группы пациентов, получавших групповую терапию, и результаты не получавших ее – не различались для выборки в целом. Но оказалось, что состояние психотических пациентов существенно улучшалось в «рабочей группе» и группе без групповой терапии.

Как можно объяснить эти данные и какое значение имеют они для современного кризисного стационара? Позвольте мне сначала коснуться правомерности обобщения этих результатов. Исследование проводилось в военном госпитале – в обстановке, которая мешает интерпретации результатов. Дело не только в том, что в военном госпитале нет того широкого спектра патологии, который характерен для кризисных стационаров. Причины госпитализации пациентов здесь нередко совершенно иные. Некоторые пациенты госпиталя были ветеранами, госпитализированными ради оценки степени инвалидности; другие – алкоголики и наркозависимые; третьи проходили алкогольную детоксикацию. Некоторые военнослужащие с шизоф-

рений были госпитализированы по административным причинам на несколько месяцев, ожидая увольнения с военной службы. Более того, у госпитализированных военных имеются значительные отличия в мотивации к лечению. Надо учитывать фактор вторичной выгоды от психиатрической нетрудоспособности — выгоды и для находящихся на действительной военной службе, и для уволенных в запас. Канас и его коллеги обеспечивают определенные свидетельства в поддержку этого наблюдения. Они обнаружили, что наркозависимые женщины (у которых предположительно была «нормальная» мотивация к лечению) значительно лучше показали себя в групповой терапии, чем мужчины.

Крайне трудно объяснить тот факт, что в «рабочей группе» (где пациенты занимались каким-либо ремеслом, «не обсуждая межличностные и интрапсихические проблемы») выявлены значительно меньшие улучшения у пациентов! Эти данные настолько парадоксальны, что возникает вопрос: не играют ли тут роль какие-то важные неучтенные переменные. Как и все стационарные исследования с лимитированным объемом выборки, это исследование не исключало другие виды лечения. Все пациенты получали множество прочих лечебных процедур, и возможно, какой-либо другой вид лечения мог повлиять на результаты.

Относительно групповой психотерапии в этом исследовании указано, ведущие «помогали пациентам обрести инсайт об их интрапсихических и межличностных трудностях, фокусируясь на взаимодействии «здесь и сейчас» и выражении чувств. Были использованы принципы и техники, описанные Яломом». В личном разговоре со мной Канас сказал: имелось в виду, что руководители групп использовали те техники, которые я описывал для долгосрочной амбулаторной тера-

пии. Кроме того, применяли методики гештальт-терапии (например, диалог с пустым креслом) и психодрамы. По временам, если ситуация позволяла, группа экспериментировала с выражением открытой враждебности. Группы были неоднородны (то есть это были командные группы), и их уровень был завышен под лучше функционирующих пациентов. Пациенты-психотики были неспособны выполнить здесь групповые задания и часто оставались в стороне, их воспринимали как «раздражители», «тормоза» группы. Такое положение психотиков в группе – наиболее вероятная причина отсутствия эффекта групповых занятий для них.

Исходя из всех этих соображений, мы должны с осторожностью принимать вывод авторов: «Результаты данного исследования поднимают серьезные вопросы относительно эффективности инсайт-ориентированных групп психотерапии во время первых трех недель госпитализации, особенно для пациентов с острым психозом».

Это исследование не доказывает, что «групповая терапия» или «инсайт-терапия», или «терапия взаимодействием» – не продуктивны. Зато его данные говорят о том, что групповая терапия, не будучи выстроена в соответствии с клинической ситуацией и специфическими потребностями членов группы, действительно бесполезна. Одной из причин, подвигнувших меня на написание этой книги, была убежденность в том, что многие стратегии и техники, которые я описал в своем учебнике «Теория и практика групповой психотерапии», не применимы к кризисному стационару. Исследование Канаса и его коллег поддерживает это убеждение.

Похоже, что терапевты, участвовавшие в исследова-

нии Канаса, сделали несколько технических ошибок. В их числе: постановка неадекватных целей группы; слишком настойчивое поощрение выражения аффекта, в особенности – выражения открытой враждебности; попустительство группе в избрании «козлами отпущения» пациентов-психотиков; обеспечение в целом чересчур слабой поддержки членам группы (я писал об этих ошибках в главах 2 и 3). Действительно, в следующих двух публикациях Канас и его коллеги описали другой стиль ведения уровневых групп, включающих пациентов-психотиков. И он оказался в высшей степени эффективным. Здесь терапевты использовали гораздо более мягкий, поддерживающий подход, избегали любого выражения гнева, поощряли выражение других аффектов, способствовали взаимодействию между членами группы и помогали пациентам тестировать реальность (N. Kanas and M. Barr «Short-term Homogeneous Group Therapy for Schizophrenic Inpatients: A Questionnaire Evaluation», *Group*, 1983; N. Kanas, M. Barr, and S. Dossick «The Homogeneous Schizophrenic Inpatient Group: An Evaluation Using the Hill Interaction Matrix», 1982).

Эти исследования показывают, что 21 из 22 пациентов-психотиков считали группу терапии полезной и ценили ее как место, где можно выражать свои чувства, а также научиться взаимодействовать с другими людьми. Интерактивная матрица Хилла подтвердила, что эта группа была ориентированной на работу, поддерживающей и эффективной.

Уотсон и Лейси (J. Watson and J. Lacey, «Therapeutic Groups for Psychiatric Inpatients», *British Journal of Medical Psychology* 47 (1974), pp. 307–312) предоставляют дополнительные данные о том, что традиционная техника амбулаторной групповой терапии должна

быть модифицирована для групповой ситуации. Они изучали маленькую выборку из 12 пациентов в течение 11 встреч и пришли к выводу, что техники, которые я описывал для амбулаторных групп (включая сильный акцент – сильнее, чем обычно делаю я сам – на катарсисе и рассеянии интенсивности аффекта), в стационарной группе приводят к провоцирующим тревожность и неудовлетворительным сеансам.

[Л]. Beutler et al., «Comparative Effects» (см. Приложение [Д]).

Бейтлер, Франк, Шейбер, Калверт и Гейнс сообщают о героической попытке провести контролируемое исследование стационарной групповой терапии в современном, характеризующемся быстрой сменой состава стационаре. Авторы изучали 176 последовательно госпитализированных психиатрических пациентов с диагнозами, варьирующими от злоупотребления разнообразными веществами до шизофрении и от биполярного аффективного расстройства до нарушений адаптации. После госпитализации и завершения начальных тестов пациентов в случайном порядке распределяли по четырем исследовательским группам. Из-за ограниченных размеров клиник в любой момент времени параллельно велись только две группы. В качестве психотерапевтов выступали медсестры, психиатры-ординаторы, клинические психологи-интерны, социальные работники и студенты-психологи последних курсов. Главным методологическим недостатком этого исследования было то, что в нескольких случаях приходилось предписывать терапевтам определенный групповой стиль, даже если их предпочтения склонялись в сторону другого стиля. Надзор за всеми группами осуществляли опытные терапевты. Внешние наблюда-

тели также оценивали группы, чтобы гарантировать, что их ведут действительно в том стиле, который предписан. Методы оценки результатов включали: Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI), жизненную шкалу института Шипли (ShIPLEY Institute of Living Scale), опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90R), рейтинги стационара заполняли медсестры, а успешность лечения пациентов оценивали первичные терапевты. Встречи групп проводили дважды в неделю; среднее количество посещаемых пациентами сеансов равнялось 3,2. Результаты пациентов, занимавшихся в группе психодрамы и гештальта, были хуже. А группа, предполагавшая процесс и фокус на пациентах, оказалась наиболее успешной.

Авторы делают вывод о том, что «группа, акцентирующая эмоциональную поддержку и обратную связь, справляется с задачей лучше всех». Это исследование поддерживает те групповые техники, которые я описываю в данной книге. Оно констатирует, что «социальная поддержка и обратная связь, предоставляемые кризисным пациентам, которые краткосрочно общаются со сравнительно неопытными терапевтами, имеют гораздо бóльшую ценность, чем неумело применяемые техники, которые преувеличивают чувства и взламывают защиты пациента».

[М]. См. обсуждение доводов Pattison, Brisserden and Wohl «Assessing Specific Effects», а также Kanas et al. «Effectiveness» в Приложении [К].

[Н]. Kanas et al., «Effectiveness» (см. Приложение [К]); Watson and Lacey, «Therapeutic Groups» (см. Приложение [К]); O'Brien et al., «Group» (см. Приложение [Ж]).

[O]. M. Zaslowsky, J. Ungerleider, and M. Fuller, «Yow Psychiatric Hospitalization Helps: Patient Views versus Staff Views», *Journal of Nervous and Mental Disease* 142 (1966), pp. 568–576; E. Gould and I. Glick, «Patient-Staff Judgments of Treatment Program Helpfulness on a Psychiatric Ward», *British Journal of Medical Psychology* 49 (1976), pp. 23–33; C. Leonard, «What Helps Most about Hospitalization», *Comprehensive Psychiatry* 14 (1973), pp. 365–369; R. Pasewark, J. Paul, and B. Fitzgerald, «Attitudes toward Industrial Therapy of Mental Hospital Patients and Staff», *The American Journal of Occupational Therapy* 23 (1969), pp. 244–248; M. Leszcz, I. Yalom, and M. Norden, «The Value of Inpatient Group Psychotherapy: Patients' Perceptions», 1983.

В 1981 году мы с моими коллегами, Молин Лежч и Майклом Норденом, исследовали во время выписки 68 последовательно госпитализированных пациентов, которые оставались в клинике более чем на 3 дня. Из этого исследования затем были исключены 17 пациентов (7 параноидных пациентов и 5 пограничных отказались от сотрудничества, еще 5 пациентов были в слишком спутанном состоянии сознания, чтобы включить их в выборку). Оставшиеся 51 пациент составили экспериментальную выборку.

Стэнфордская психиатрическая клиника – это открытый стационар на 20 мест, который делает особый упор в лечении на групповую программу. Каждый пациент посещал командную (смешанную) группу по утрам, а лучше функционирующие пациенты посещали также факультативную уровневую группу днем. Командная группа встречалась 5 раз в неделю, а высокоуровневая – 4 раза. Во время проведения исследования низкоуровневой группы в отделении не было, но позже появилась ежедневная фокусная группа (см. главу 6).

В свете нашей нынешней темы наиболее интересным аспектом этого исследования было задание по классификации, в ходе которого каждому пациенту выдавали 50 покерных фишек и просили распределить по 11 коробкам. Каждая коробка символизировала один из видов программы лечения стационара: индивидуальную терапию с психиатром; разговоры с другими пациентами; индивидуальную терапию с психиатрическими медсестрами; утреннюю (командную) группу терапии; медикаментозное лечение; дневную факультативную группу терапии; другие занятия в отделении; встречи терапевтического сообщества; семейную терапию; трудовую терапию; альтернативные группы (арт-терапия, двигательная и т.д.). Пациентов просили распределить покерные фишки в соответствии с тем, насколько полезным они считали для себя каждый вид лечения.

20 пациентов посещали только утренние встречи командной группы (то есть не относились к хорошо функционировавшим). Это были пациенты с серьезными психотическими расстройствами. Их рейтинг 10 видов терапевтической деятельности в отделении приведен ниже (они оценивали только 10 видов, поскольку не посещали дневную уровневую группу).

	Средний показатель места в рейтинге
1. Индивидуальная терапия с психиатром	3
2. Командная группа психотерапии	3,65
3. Разговоры с другими пациентами	4,35
4. Личные беседы с медсестрами	4,57

	Средний по- казатель мес- та в рейтинге
5. Альтернативные группы	5,11
6. Прочие занятия отделения	5,25
7. Медикаментозное лечение	5,87
8. Встречи терапевтического сообщества	6,38
9. Встречи групп семейной терапии	6,7
10. Трудовая терапия (ремесла)	7,16

31 пациент посещали оба типа сеансов: высокоуровневую факультативную группу терапии и командную группу. Оценки этих пациентов были следующими:

	Средний по- казатель мес- та в рейтинге
1. Индивидуальная терапия с психиатром	2,69
2. Уровневая группа психотерапии	3,06
3. Разговоры с другими пациентами	4,06
4. Командная группа психотерапии	4,5
5. Личные беседы с медсестрами	4,69
6. Медикаментозное лечение	5,38
7. Занятия в отделении	6,74
8. Встречи групп семейной терапии	6,96
9. Встречи терапевтического сообщества	7,6
10. Альтернативные группы	8,04
11. Трудотерапия (ремесла)	8,08

Вдобавок к этому рейтингу мы получили и другие данные, которые я привожу в других разделах этой книги.

Пациентов просили провести такую же классификацию факторов лечения (см. главу 2): внушение надежды, альтруизм, советы, понимание, социальное обучение, выражение чувств, принятие ответственности, универсальность, межличностное обучение, сплоченность. После двух или трех раундов распределения фишек (если пациенты посещали и командную, и уровневую группы, они давали оценку лечебных факторов для каждой группы) исследователи проводили полуструктурированное собеседование, используя следующий план:

1. *Анализ задания по распределению фишек:* причины, по которым пациент считал определенный вид терапии полезным или бесполезным.
2. *Командная группа:* Довольны ли вы своим участием в ней? Что бы вы хотели, чтобы делалось в этой группе по-другому? Получили ли вы достаточно времени на групповых сеансах? Следует ли руководителям лучше распределять время на встречах? Занятия командной группы обязательны — как это повлияло на вас и на группу? Следовало ли исключить некоторых пациентов из групповой программы? Каких именно? Чем именно их поведение подрывало группу? Были ли моменты, когда лучше бы вы не приходили в группу (если бы вы сами так решили или вас попросили не приходиться)? Что бы вы почувствовали, если бы вас исключили из группы? Вы были активным членом группы? Происходили ли в группе какие-либо неблагоприятные события?
3. *Уровневая группа:* Довольны ли вы своим участием в группе? Что бы вы хотели делать в группе

по-другому? Хватало ли вам времени в группе? Обеспечили ли руководители равное распределение времени в группе? Дневная группа является факультативной — повлияло ли это каким-либо образом на вас или на работу группы? Следовало ли исключить из группы каких-либо пациентов? Каких именно? Чем их поведение подрывало работу группы? Вы были активным членом группы? Происходили ли в группе какие-либо неблагоприятные события? Какова ваша оценка формата программы и заключительного резюме? (См. об этом главу 5) Можете ли вы привести примеры полезных комментариев со стороны наблюдателей? Что вы ощущали, когда терапевты критиковали себя или подвергались критике со стороны наблюдателей?

4. *Общее сравнение между командной и уровневой группами.*
5. *Руководство:* Какие аспекты поведения терапевтов способствовали работе группы или тормозили ее? Каковы ваши впечатления об активности ведущих, о структурированном подходе, прозрачности, взаимоотношениях между коллегами-терапевтами, об их сменяемости? Что вы чувствовали, когда видели ведущих группы в стационаре в других ролях?
6. *Условия:* Каковы ваши впечатления относительно краткосрочной природы группы? Влияла ли быстрая смена состава группы на ее работу? Каким образом влияло на работу группы то, что вы постоянно общались с другими членами группы в течение всего дня? О каких значимых событиях в стационаре пациенты не говорили во время занятий группы?

[П]. Заметьте, что в этом исследовании индивидуальная терапия с психиатром была названа первой. Также заметьте, что исследование проводилось в клинике, где пациенты виделись со своим личным психотерапевтом 4–5 раз в неделю. Однако, хотя индивидуальная психотерапия была в целом самым популярным видом деятельности, лишь 40% пациентов поставили ее на первое место (или колебались между первым и вторым). А среди пациентов с серьезными аффективными расстройствами 70% оценили личную терапию со своим психиатром как самую важную.

[Р]. Гульд и Глик (E. Gould and I. Glick, «Patient-Staff Judgments», см. Приложение [О]) изучали выборку из 44 пациентов, которые провели в клинике месяц или больше. Они проводили собеседование с пациентами за сутки до выписки и просили их расположить 20 видов лечения в рейтинге – от наиболее полезных к наименее полезным. Они также просили сотрудников стационара оценить эффективность тех же самых видов терапии для пациентов в целом, а также для невротиков и психотиков. К сожалению, авторы не представляют никакой информации относительно деталей групповой терапии, предлагавшейся в этом стационаре. Члены персонала высоко оценивали групповую терапию для большинства пациентов и для невротиков (второе место), но для психотиков поставили ее только на 6-е место. В рейтинге пациентов высший балл достался индивидуальной терапии со своим лечащим врачом. Сразу вслед за ней шли беседы с медсестрами и санитарями, групповая терапия и общение с другими пациентами. А распределение по диагностическим категориям показывает, что пациенты с характероло-

гическими нарушениями оценивали групповую терапию как наиболее важный вид лечения, а пациенты с нешизофренической паранойей ставили ее на второе место. Среди остальных диагностических категорий ниже всех оценили группу параноидные шизофреники (5-е место из 20).

Гульд и Глик анализировали полученные данные с учетом длительности госпитализации. Они отметили, что пациенты с самым коротким сроком госпитализации (3 месяца или меньше) оценивали групповую терапию как наиболее важную из 20 других видов. Это открытие особенно значительно, поскольку буквально все пациенты, которых мы пытаемся лечить в современном психиатрическом стационаре, подпадают под краткосрочную категорию.

[C]. Leszcz, Yalom, and Norden, «Value of Inpatient Group Psychotherapy» (см. Приложение [O]).

[T]. Там же.

[Y]. Через полтора года после исследования Лежч, Ялома и Нордена еще один исследовательский проект (I. Yalom and L. Gonda, 1983) в том же стационаре изучал (с помощью той же процедуры сортировки фишек) небольшую выборку плохо функционирующих пациентов (12 человек), которые посещали ежедневную командную группу терапии и ежедневную низкоуровневую (фокусную) группу. Вот их рейтинг¹.

¹ В рейтинге участвовали только 9 видов деятельности. «Альтернативные группы» и «Встречи семейной групповой терапии» были исключены из рейтинга, поскольку некоторые пациенты их не посещали. — *Прим. автора.*

	Средний по- казатель мес- та в рейтинге
1. Индивидуальная терапия с психиатром	2,9
2. Уровневая группа психотерапии (фокусная группа)	3,4
3. Командная группа психотерапии	4,1
4. Прочие занятия стационара	4,2
5. Лекарственное лечение	4,8
6. Беседы с другими пациентами	5,1
7. Встречи терапевтического сообщества	6,2
8. Беседы с психиатрическими медсестрами	6,5
9. Трудотерапия	7,2

См. также Kanas et al., (Приложение [К]) и Beutler et al., «Comparative Effects» (см. Приложение [Д]).

[Ф]. D. Strassberg et al., «Self-disclosure in Group Therapy with Schizophrenics », *Archives of General Psychiatry* 32 (1975), pp. 1259–1261.

[Х]. P. May, «When, What, and Why? Psychopharmacotherapy and Other Treatments in Schizophrenia», *Comprehensive Psychiatry* 17 (1976), pp. 683–693.

[Ц]. M. Linn et al., «Day Treatment and Psychotropic Drugs in the Aftercare of Schizophrenic Patients», *Archives of General Psychology* 36 (1979), pp. 1055–1066.

[Ч]. В. Corder, R. Corder, and A. Hendricks, «An Experimental Study of the Effects of Paired Patient Meetings on the Group Therapy Process», *International Journal of Group Psychotherapy* 21 (1971), pp. 310–318; J. Otteson, «Curative Caring: The Use of Buddy Groups with Chronic Schizophrenics», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47 (1979), pp. 649 – 651.

Кордеры и Хендрикс разработали такую программу: каждому пациенту назначали партнера, с которым он должен был в течение получаса в день обсуждать свои проблемные области. Исследователи обнаружили, что пациенты, участвовавшие в этой «товарищеской» программе, требовали меньше заботы со стороны персонала клиники, отличались более высоким моральным духом, лучше взаимодействовали и были более откровенны с персоналом и другими пациентами, а также значительно чаще делали им полезные замечания.

В родственном исследовании Оттесон назначал каждому пациенту в группе напарника, которому давали указания приложить усилия к тому, чтобы помочь другому пациенту поскорее выписаться из клиники. Напарник получал инструкции беседовать со своим подопечным, а также мог воздействовать на персонал клиники, дабы увеличить объем получаемой им помощи. Результаты показали, что члены таких «товарищеских» групп выписывались гораздо раньше, чем участники контрольной группы.

[Ш]. Т. Main, «The Ailment», *British Journal of Medical Psychology* 30 (1957), pp. 129–145; A. Stanton and M. Schwartz, *The Psychiatric Hospital*, New York, Basic Books, 1954.

Список литературы

Глава 2

1. И. Ялом, «Теория и практика групповой психотерапии»; D. Whitaker and M. Lieberman, *Psychotherapy through the Group Process*, New York, Atherton Press, 1964; E.L. Pinney, *A First Group Psychotherapy Book*, (Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1970); H. Mullen and M. Rosenbaum, *Group Psychotherapy*, New York, Free Press of Glencoe, 1962; H. Kellerman, *Group Psychotherapy and Personality: Intersecting Structures*, New York, Grune & Stratton, 1979; C. Sager and H.S. Kaplan, *Progress in Group Family Therapy*, New York, Brunner/Mazel, 1972; H. Kaplan and B. Sadock, *Comprehensive Group Psychotherapy*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1971.
2. И. Ялом, «Теория и практика групповой психотерапии» [1].
3. Там же.
4. Там же.
5. И. Ялом, «Экзистенциальная психотерапия».
6. И. Ялом, «Теория и практика групповой психотерапии» [1].
7. I. Youcha, «Short-term Inpatient Group: Formation and Beginnings», *Group Process* 73 (1976): pp. 119–137.
8. J. Maxmen, «An Educative Model for Inpatient Group Therapy», *International Journal of Group Psychotherapy* 28 (1978): pp. 321–338.
9. Там же.

10. T. Main, «The Ailment», *British Journal of Medical Psychology* 30(1957): pp. 129–145; A. Stanton and M. Schwartz, *The Psychiatric Hospital* (New York, Basic Books, 1954).
11. M. Leszcz, I. Yalom, and M. Norden, «The Value of Inpatient Group Psychotherapy: Patients' Perceptions», 1983 (см. Приложение [O]); E. Gould and I. Glick, «Patient-Stuff Judgments of Treatment Program Helpfulness on a Psychiatric Ward», *British Journal of Medical Psychology* 49 (1976): pp. 23–33.
12. K. Arriaga, E. Espinoza, and M. Guthrie, «Group Psychotherapy Evaluation for Psychiatric Inpatients», *International Journal of Group Psychotherapy* 28, (1978): pp. 359–364.
13. M. Leszcz, I. Yalom, and M. Norden, «The Value of Inpatient Group Psychotherapy: Patients' Perceptions» [11]; I. Yalom and L. Gonda, 1983 (см. Приложение [Y]).
14. M. Leszcz, I. Yalom, and M. Norden [11].
15. I. Yalom and L. Gonda, 1983 [13].
16. N. Kanas, M. Barr, and S. Dossick, «The Homogeneous Schizophrenic Inpatient Group: An Evaluation Using the Hill Interactional Matrix»; N. Kanas and M. Barr, «Short-term Homogeneous Group for Schizophrenic Inpatient: A Questionnaire Evaluation».
17. M. Leszcz, I. Yalom, and M. Norden [11].
18. N. Kanas and M. Barr [16].
19. M. Leszcz, I. Yalom, and M. Norden [11].
20. Там же.
21. H. Levine, «Milieu Biopsy: The Place of the Therapy Group on the Inpatient Ward», *International Journal of Group Psychotherapy* 30 (1980): pp. 77–93.
22. H. Kibel, «The Rationale for the Use of Group Psychotherapy for Borderline Patients on a Short-term Unit», *International Journal of Group Psychotherapy* 78 (1978), pp. 339 – 357.
23. R. Klein, «Inpatient Group Psychotherapy: Practical Considerations and Special Problems», *International Journal of Group Psychotherapy* 27 (1977): pp. 201–214).
24. M. Leszcz, I. Yalom, and M. Norden [11].
25. Там же.
26. J. Maxmen, «An Educative Model for Inpatient Group Therapy» [8].

Глава 3

1. M. Leszcz, I. Yalom, and M. Norden, «The Value of Inpatient Group Psychotherapy: Patients' Perceptions», 1983 (см. Приложение [O]).
2. D. Zlatin, «Member Satisfaction in Group Process in Structured vs. Unstructured Groups with Hospitalized Psychiatric Patients», неопубликованная докторская диссертация, университет Мэриленда, 1975.
3. A. Schwartz et al., «Influence of Therapeutic Task Orientation on Patient and Therapist Satisfaction in Group Psychotherapy», *International Journal of Group Psychotherapy* 20 (1970): pp. 460–469.
4. B. Bednar and T. Kaul, «Experiential Group Research: Current Perspectives», in S.L. Garfield and A.E. Bergin, eds., *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, John Wiley, 1971, pp. 769–815; I. Yalom et al., «Preparation of Patients for Group Therapy», *Archives of General Psychiatry* 17 (1967), pp. 416–427; S. Budman et al., «Experiential Pre-Group Preparation and Screening», *Group* 5 (1981), pp. 19–26; E. Gauron and E. Rawlings, «A Procedure for Orienting New Members to Group Psychotherapy», *Small Group Behavior* 6 (1975), pp. 293–307.
5. M. Orne and P. Wender, «Anticipatory Socialization for Psychotherapy: Method and Rationale», *American Journal of Psychiatry* 124 (1968), pp. 88–98; R. Hoehn-Saric et al., «Systematic Preparation of Patients for Psychiatry», *Journal of Psychotherapy Research* 2 (1964), pp. 267–81.
6. И. Ялом, «Теория и практика групповой психотерапии».
7. J. Heitler, «Clinical Impressions of an Experimental Attempt to prepare Lower-class Patients for Expressive Group Psychotherapy», *International Journal of Group Psychotherapy* 29 (1974), pp. 308–322.
8. J. Houlihan, «Contribution of an Intake Group to Psychiatric Inpatient Milieu Therapy», *International Journal of Group Psychotherapy* 27 (1977), pp. 215–223.
9. S. Zyl, C. Ernst, and R. Salinger, «Role Expectations: A Significant Concern for the Nurse-Therapist», *JNP and Mental Health Services* 5 (1979), pp. 23–27.

10. B. Rauer and J. Reitsema, «The Effects of Varied Clarity of Group Goal and Group Path upon the Individual and His Relation to His Group», *Human Relations* 10 (1957), pp. 29–45; D. Wolfe, J. Snock, and R. Rosenthal, «Report to Company Participants at 1960 University of Michigan Research Project», Ann Arbor, Institute of Social Research, 1961; A. Cohen, E. Stotland, and D. Wolfe, «An Experimental Investigation of need for Cognition», *Journal of Abnormal Social Psychology* 51 (1955), pp. 291–294; A. Cohen, «Situational Structure, Self-Esteem and Threat-Oriented Reactions to Power», in D. Cartwright, ed., *Studies in Social Power*, Ann Arbor, Michigan, Research Center for Group Dynamics, 1959, pp. 35–52; A. Goldstein, K. Heller, and L. Sechrest, *Psychotherapy and the Psychology of Behavior Change*, New York, John Wiley, 1966, P. 405.
11. J. Authier and A. Fix, «A Step-Group Therapy Program Based on Levels of Interpersonal Communication», *Small Group Behavior* 8 1977, pp. 101–107.
12. R. Vitalo, «The Effects of Training in Interpersonal Functioning upon Psychiatric Inpatients», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 35 (1971), pp. 166–171; C. Whalen, «Effects of a Model and Instructions on Group Verbal Behaviors», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33 (1969), pp. 509 – 521; S. Angel, «The Emotion Identification Group», *American Journal of Occupational Therapy* 35 (1981), pp. 256–262.
13. E. Coche and A. Douglas, «Therapeutic Effects of Problem-solving Training and Play-reading Groups», *Journal of Clinical Psychology* 33 (1977), pp. 820–827.
14. C. Anderson et al., «Impact on Therapist on Patient Satisfaction in Group Therapy», *Comprehensive Psychiatry* 13 (1972), pp. 33–40.
15. M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts*, New York, Basic Books, 1973.
16. M. Crary, «Goals and Techniques of Transitory Group Therapy», *Hospital and Community Psychiatry* 19 (1068), pp. 389–391; M. Weich and E. Robbins, «Short Term Group Therapy with Acute Psychotic Patients», *Psychiatric Quarterly* 40 (1966), pp. 80–87; L. Gruber, «Group Techniques for Acutely Psychotic Patients», *Group* 2 (1978), pp. 31–39.

17. C. Truax and K. Mitchell, «Research on Certain Therapist Intrapersonal Skills in Relation to Process and Outcome», in A. Bergin and S. Garfield, eds., *Handbook of Psychiatry and Behavior Change*, New York, John Wiley, 1971.
18. Lieberman, Yalom and Miles, *Encounter Groups* [15], pp.226–268.
19. I. Yalom and G. Elkin, *Every Day gets a Little Closer: A Twice-Told Therapy*, New York, Basic Books, 1974.
20. M. Hertzman, *Inpatient Psychiatry: Toward a Restoration of Function*, Human Sciences Press, forthcoming).
21. A. Richmond and S. Slagle, «Some Notes on the Inhibition of Aggression in an Inpatient Psychotherapy Group», *International Journal of Group Psychotherapy* 21 (1971), pp. 333–337; Crary, «Goals» [16]; I. Youcha, «Short-term Inpatient Group: Formation and Beginnings», *Group Process* 7 (1976), pp. 119–137; N. Kanas and M. Barr, «Short Term Homogeneous Group Therapy for Schizophrenic Inpatients», *Group*, in press (1983); Gruber, «Group Techniques [16].
22. Gruber, «Group Techniques [16].
23. И. Ялом, «Теория и практика групповой психотерапии».
24. Там же.

Глава 4

1. И. Ялом, «Теория и практика групповой психотерапии».
2. M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts*, New York, Basic Books, 1973, pp. 365–368.

Глава 5

1. И. Ялом Экзистенциальная психотерапия.
2. M. Leszcz, I. Yalom, and M. Norden, «The Value of Inpatient Group Psychotherapy» [см. Приложение [O]].
3. И. Ялом «Теория и практика групповой психотерапии».
4. H. Chertoff and M. Berger, «A Technique for Overcoming Resistance to Group Therapy in Psychotic Patients on a Community Mental Health Service», *International Journal of Group Psychotherapy* 21 (1971), pp. 53–61; E. Gould, C. Garrigues, and K. Scheikowitz, «Interaction in Hospitalized Patient-led Staff-

- led Psychotherapy Groups, *American Journal of Psychotherapy* 29, 1975, pp. 383–390.
5. E. Berne, «Staff-Patient Staff Conferences», *American Journal of Psychotherapy* 125 (1968), P. 286.
6. И. Ялом, «Теория и практика групповой психотерапии».
7. I. Yalom and J. Handlon, «The Use of Multiple Therapists in the Teaching of Psychiatric Residents», *Journal of Nervous and Mental Disease* 141 (1966), pp. 684–692.
8. M. Leszcz, I. Yalom, and M. Norden, «The Value of Inpatient Group Psychotherapy» [2].

Глава 6

1. K. Kaplan, «Directive Groups: A Therapy for the Acute Psychiatric Patient»; L. Gruber, «Group Techniques for Acute Psychotic Patients», *Group* 2 (1978), pp. 31–39; H.S. Leopold, «Selective Group Approaches with Psychotic Patients in Hospital Settings», *American Journal of Psychotherapy* 30 (1976), pp. 95–102; M.J. Horowitz and P.S. Weisberg, «Technique for the Group Psychotherapy of Acute Psychosis», *International Journal of Group Psychotherapy* 16 (1966), pp. 42–50; I. Youcha, «Short-term Inpatient Groups: Formation and Beginnings», *Group Process* 7 (1976), pp. 119–137; J. Grobman, «Achieving Cohesiveness in Therapy Groups of Chronically Disturbed Patients», *Group* 2 (1978), pp. 141–149; T. Cory and D. Page, «Group Techniques for Effecting Change in the More Disturbed Patient», *Group* 2 (1978), pp. 150–154; A. Druck, «The Role of Didactic Group Psychotherapy in Short-term Psychiatric Settings», *Group* 2 (1978), pp. 98–109; M. Hertzman, *Inpatient Psychiatry: Toward Rapid Restoration of Function*, New York, Human Sciences Press); W. Cray, «Goals and Techniques of Transitory Group Therapy», *Hospital and Community Psychiatry* 12 (1968), pp. 37–41.
2. I. Youcha, «Short-term Inpatient Groups: Formation and Beginnings».
3. J. Grobman, «Achieving Cohesiveness in Therapy Groups of Chronically Disturbed Patients».

4. K. Kaplan, «Directive Groups: A Therapy for the Acute Psychiatric Patient».
5. J.W. Pfeifer and J.E. Jones, *Hand book of Structured Exercises for Human Relations Training*, 6 vols., California, University Associates, pp. 1973 – 75; G. Corey, M.S. Corey, P. Callanan, and J. M. Russel, *Group Techniques*, Monterey, California, Brooks/Cole Publishing Co., 1982; W. Schutz, *Joy: Expanding Human Awareness*, New York, Grove Press, 1967; H. Otto, *Group Methods to Actualize Human Potential – A Handbook*, Beverly Hills, California, Holistic Press, 1970; H. Lewis and H. Streitfeld, *Growth Games*, New York, Bantam Books, 1970; A.J. Remocker E.T. Storch, *Action Speaks Louder: A Handbook of Nonverbal Group Techniques*, Edinburgh, London, New York, Churchill Livingstone, 1979; K.T. Morris and K.M. Cinnamon, *A Handbook of Nonverbal Group Exercises*, Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, 1975; B. Reuben and R. Bubb, *Human Communications Handbook: Simulations and Games*, Rochelle Park, New Jersey, Hayden, 1975.

Алфавитный указатель

- Q-сортировка по Роджерсу-Даймонду 443
- Агрессия терапевта по отношению к пациенту 206
- Администрация клиники 26, 50, 129, 434
- «Аквариумный» формат групповой терапии 368, 369
- Альтруизм в амбулаторной групповой психотерапии 70, 71, 82, 114, 170
- Арт-терапия 9, 13, 118, 432, 452
- Бейтлер Л. 449
- «Беседа помогает», принцип 91, 99, 100, 235, 385
- Боровский Т. 440
- Бэниш, Вивьен 14
- Восстановительная терапия 9
- Временные границы 161, 162
- Временные рамки 120, 158, 306, 385
- Высокоуровневые стационарные группы 296, 384, 451
- Выполнение программы 340
- Гейнс Дж. 449
- Герц М.И. 440
- Глик И. 456, 457
- Гнев 60, 86, 132, 149, 166, 185, 194
- Гомосексуальность 287
- Горизонтальный процесс в стационарной групповой терапии 89
- Госпитализация 7, 53, 90,

- 141, 154, 185, 215, 27,
309, 439
- Границы в стационарной
терапии 111, 150, 153
- Группа терапии как соци-
альный микрокосм 76,
77, 252
- Гульд Э. 456
- Двигательная терапия 433
- Двойная зеркальная реак-
ция 230
- Дискуссионные кружки 20
- Доверие 136, 216, 239,
241, 245, 248, 267, 282,
302, 353, 370
- Договор с пациентом 165,
336
- Жизненная шкала институ-
та Шипли 450
- Зеркальная реакция как ис-
точник конфликта 214,
230, 237
- «Здесь и сейчас», подход
249, 250-257, 285, 294
- Игры в стационарной груп-
пе 272, 390, 400, 415,
418
- Изоляция и одиночество
45, 60, 94, 154
- Инсайт 55, 59, 75, 81,
110, 114, 155, 156, 437,
438
- Калверт С. 449
- Канас Н. 444
- Катарсис в амбулаторной
групповой терапии 70,
73, 81, 82, 114
- Клиническая обстановка
8, 66, 67, 153
- Клэгхорн Дж. 440
- Контакт с пациентами 37,
66, 74, 127, 137, 138, 153,
178, 186, 201, 260, 275,
288, 299, 301, 348
- Контроль 21, 25, 52, 54,
86, 179, 199, 208, 280,
282, 283, 380, 422
- Конфликт 13, 33, 47, 60,
63, 72, 89, 96, 97, 131,
143, 212, 213, 216, 217,
228, 233, 268, 313, 316,
318
- Кордеры Б. и Р. 459
- Круговой обмен программа-
ми (индивидуальными по-
вестками дня) 297, 299,
317, 338
- Лежч, Молин 451
- Лейси Дж. 448
- Либерман М.А. 438, 478
- Лонгитюдный процесс в
стационарной групповой
терапии 90, 100, 158
- Майлс М. 479
- Матрица Хилла 113, 448
- Медсестры 18, 22, 23, 26,
27, 33, 49, 63, 133, 153,
331, 437, 449, 450
- Межличностное обучение
70, 75, 82, 114, 254, 315,
454

- Миннесотский многофакторный личностный опросник (MMPI) 450
- Моделирование поведения 237, 243
- Монополизация внимания 198
- Мотивация 67, 132, 446
- Наблюдатели 136, 160, 191, 297, 361, 365–368, 372–377
- Напряжение в группе 9, 39, 96, 97, 131, 132, 359, 397, 398, 400, 411, 415
- Невербальное поведение 210
- Нервная анорексия 84, 469
- Низкоуровневые стационарные группы 381, 384
- Норден Майкл 451, 457
- О'Брайен К. 441
- Обратная связь 102, 123, 240, 245, 266, 268, 271–274, 276, 295, 343, 373, 450
- Ожидания 96, 132, 140, 164, 176, 177, 215
- Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90R) 443, 450
- Ориентировка в группе 171, 172, 297, 395, 396
- Оттесон Дж. 459
- Пассивность как метод контроля 76
- Пассивный контроль 280
- Паттисон Э. 443
- Пациенты-невротики и их оценки групповой терапии 59, 456
- Пациенты-психотики 456
- Первис С.А. 440
- Перенос как источник гнева 86
- Персонал клиники 36, 131, 163
- Подготовка в высокоуровневой стационарной группе 296
- Подготовка в низкоуровневой стационарной группе 381
- Подготовка пациента к групповой терапии 396
- Подрывные инциденты 277
- Подход, использующий в групповой терапии общие темы 42
- Подход «там и тогда» 42
- Попытки самоубийства 98, 141
- Потребность в зависимости и сопротивление формулированию программы 333
- Прекращение терапии 212, 467
- Принс Р.М. 440
- Принятие ответственности 320, 454
- Проективная идентификация 229

- Прозрачность см. *Самораскрытие терапевта* 2 34
- Пространственные границы 162
- Психиатрическое отделение Стэнфордского университета 382, 451
- Разделение на подгруппы в амбулаторных группах 127
- Разделение на подгруппы в стационарных группах 127
- Разминка в ходе сеанса 395
- Разрешение проблем в групповой терапии 179
- Результаты как показатель эффективности групповой терапии 52
- Резюме сеанса 395
- Релаксационная терапия 25, 87
- Роль дружбы в стационарной групповой терапии 140
- Романтические отношения в стационарных группах 141
- Салливан, Гарри Стэк 180, 470
- Самоанализ (самоисследование) 289, 309
- Самораскрытие пациентов в структурированных упражнениях 400
- Самораскрытие терапевта 234
- Смена состава пациентов 83
- Смит С. 441
- Соматизация (психосоматика) 467
- Соперничество как источник конфликта 214
- Спротивление формированию программы 470
- Социальные навыки 23
- Социальные работники в качестве руководителей групп 33, 449
- Специализированные группы 13, 30, 118
- Сплоченность 74
- Стационарная многомерная психиатрическая шкала (IMPS) 443
- Танцевальная терапия 20, 35
- «Теория и практика групповой психотерапии», Ялом И. 67, 460
- Тестирование реальности пограничными пациентами 191, 442
- Типы специализированных групп 118
- Толвинский Т. 440
- Тревожность (и тревога) 87, 160, 388
- Трудотерапевты 23, 27
- Универсальность в амбулаторной групповой терапии 70

- Уотсон Дж. 448
Уязвимость пациентов 267
- Фармакологическая терапия 21, 40
Фокус в групповой терапии 79
Фокусная группа терапии, см. *Низкоуровневая стационарная группа*
Формирование программы и уверенность 471
Франк М. 449
- Целевые группы 20
Цели стационарной групповой терапии 85
- Частота встреч специализированных групп 117
Частнопрактикующие психотерапевты 40
- Шейбер С. 449
Шкала общей оценки (GAS) 445
- Экзистенциальные факторы 70, 73
Экстернализация и формирование программы 472
Электрошок 434
Эмпатия в низкоуровневых группах 405
Эмпатия и развитие социальных навыков 405
Эффективность стационарной групповой терапии (СГТ) 48
- Ялом И. 3, 172, 472

Глоссарий

Биполярное (аффективное) расстройство (раньше именовали маниакально-депрессивным психозом). Термин «биполярное расстройство» обычно подразумевает более мягкую форму недуга. Это расстройство настроения, при котором человек как бы впадает то в одну, то в другую крайность: периоды глубокой подавленности и депрессии сменяются периодами маниакального подъема, маниакального возбуждения, прилива сил эйфории или воодушевления. (Это так называемая гипомания — маниакальная фаза биполярного расстройства. Гипомания иногда сопровождается галлюцинациями или бредом.)

Бред отношения — патологическое состояние, при котором все происходящие внешние события расцениваются как имеющие непосредственное (чаще всего враждебное) отношение к личности.

Вторичная (эпизодическая) выгода — любая долгосрочная выгода, получаемая от болезненного состояния (как материальная, так и психологическая).

Группа встреч (*encounter-group*; от англ. *encounter* — встреча) — групповая психотерапевтическая методика, родственна *Т-группе*. В отличие от последней, акцент делается на эмоциональных, личностных и экзистенциальных проблемах.

Деперсонализация – состояние, сопровождающееся изменением или потерей чувства собственного «я» (диссоциативное расстройство).

Дерепрессия – (по Э. Фромму) социальная терапия, призванная снять с человека груз бессознательного путем «превращения его в сознание». Задачи дерепрессии: 1) устранение страха; 2) развитие способности к критическому мышлению; 3) усвоение гуманистических идей, способствующих духовному развитию человека.

Дистресс – (негативный стресс) отрицательная неспецифическая реакция организма на любое внешнее воздействие. Наиболее тяжелой формой дистресса является шок.

Дисфория – расстройство настроения, характеризующееся напряженным, злобно-тоскливым аффектом с выраженной раздражительностью, доходящей до взрывов гнева с агрессивностью.

Замещение – неосознаваемый механизм психологической защиты, выражающийся в замене одного действия (потребности, объекта, чувства и т.д.) другим, оцениваемым как более безопасный для личности.

Контрперенос – (психическое явление, зеркальное *переносу*) ситуация, при которой чувства и установки аналитика по отношению к пациенту становятся дериватами прежних ситуаций жизни аналитика, перемещенных на пациента. Таким образом, контрперенос отражает собственные бессознательные реакции аналитика на пациента, хотя некоторые аспекты этого феномена могут быть осознанными.

Обсессия – вид навязчивых состояний. Характеризуется тем, что периодически у человека возникают мысли, идеи, не поддающиеся контролю сознания.

Оперантный и аверсивный стимулы (в бихевиоризме) – соответственно положительное и отрицательное подкрепление желательных и нежелательных форм поведения.

Паратоксическое искажение (по Салливану) объясняется внутренним аутичным использованием символов. Определение Салливана: *«примитивная, несоциализированная форма символической активности, а также более поздние ее формы, близкие скорее к первичному состоянию, чем к высокозффек-*

тивным взаимосогласующимся видам активности зрелой личности» — из «Conceptions of Modern Psychiatry».

Первичный процесс — это те переживания, с которыми клиент себя идентифицирует, поскольку данный уровень вполне осознается и не отделяется человеком от собственной персоны.

Перенос — бессознательная экстраполяция ранее пережитых чувств и отношений с людьми на партнера по контакту (здесь — психотерапевта). Феномен переноса особенно касается детско-родительских отношений и других базовых установок. В классическом фрейдовском психоанализе перенос на психоаналитика используют как терапевтический фактор.

Перфекционизм — склонность человека стремиться к совершенному результату в любой деятельности. Связан с повышенной требовательностью к себе и другим. В невротической форме — бесконечное «совершенствование» результатов своей деятельности ради стремления к идеалу (чрезмерно завышенному). Происходит из-за категорического неприятия «неидеального» результата.

«Поглаживание» — (в психологии) любое, как положительное, так и отрицательное, психологическое воздействие одного человека на другого в процессе общения.

Полуструктурированное собеседование (интервью) — способ получения информации, при котором весь круг вопросов разбивается на тематические блоки, охватывающие максимально возможный спектр темы.

Принцип нестеснения — принцип стационарного содержания психиатрических пациентов в условиях, максимально приближающихся к режиму обычных соматических больниц. При этом должны быть по возможности устранены любые меры принуждения.

Проективные методы — тип методов исследования личности, основанный на психологическом механизме проекции.

Психотическая декомпенсация — нарушение деятельности психики вследствие истощения или срыва ее приспособительных механизмов.

Салливан, Гарри Стэк (21 февраля 1892, Норидж, Нью-Йорк – 14 января 1949, Париж, Франция) – американский психолог и психиатр, представитель неофрейдизма, основоположник межличностной (интерперсональной) теории психиатрии.

Самоесполняющееся пророчество – мнимое предсказание, которое прямо или косвенно влияет на реальность таким образом, что в итоге неизбежно оказывается верным.

Саморефлексия (чаще используют термин рефлексия) – процесс самопознания (осознания, анализа) субъектом внутренних психических актов и состояний.

Соматическая терапия травмы – метод, предложенный американским психотерапевтом Питером Левиным. Направлена на работу с различными видами травм: от шоковой до травмы развития. Особенность метода – прослеживание соматических переживаний, динамика которых обуславливает динамику симптома и приводит к разрешению травмы. Акцент делают на проработке защитных реакций, не получивших реализации в ситуации травмы. Конечная цель – интеграция телесных, аффективных и смысловых структур, связь между которыми была разрушена при травматизации (по С.Н. Иванченко, «Соматическая терапия травмы при работе с пострадавшими в чрезвычайных ситуациях», Московский психотерапевтический журнал, № 1, 2003).

Стигматизация – (в психологии) навешивание социальных ярлыков.

Т-группа (от англ. *training-group* – тренинг-группа) – форма психотерапии. Ориентирована на отработку чувствительности по отношению к своим мотивам и эмоциям, к мотивам других людей, к событиям социального взаимодействия, к групповой динамике. Основным психотерапевтическим приемом выступает групповой анализ, который производится участниками (10–15 человек), которые друг с другом не знакомы. Темы для обсуждения выбираются произвольно, главным является тщательный анализ собственного поведения и поведения других участников группы и свободное обсуждение их. (Психологический словарь: <http://psi.webzone.ru>)

Теория кризиса – в психологии появилась сравнитель-

но недавно. Психологические исследования, посвящённые теории кризисов, представлены работами Э. Линдерманна, Дж. Каплана, Дж. Якобсона. Согласно Дж. Якобсону она относится главным образом к индивиду, хотя некоторые понятия используют применительно к семье, а также к малым и большим группам. Всякий (личностный) кризис имеет не только деструктивные аспекты, но и огромные ресурсы и возможности в области роста и развития (по кн.: Олифинович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.А. «Психология семейных кризисов»).

Транзактный анализ (транзактный анализ) – метод психоанализа и терапии, заложенный Эриком Берном. Основан на психологической модели, которая предполагает, что человек в любой ситуации может действовать исходя из одного из трех эго-состояний (Родитель, Взрослый, Ребенок). Особенно это проявляется во взаимодействии с другими людьми. (Концепция Берна изложена в известной книге «Игры, в которые играют люди».)

Трансференция – см. *Перенос*.

Фасилитатор – фактор, способствующий *фасилитации*, ее катализатор.

Фасилитация (от англ. *facilitation* – «упрощение, облегчение, помощь») – в контексте психотерапии этот термин обозначает нечто большее, чем просто «облегчение» (например, «фасилитация взаимодействия с людьми» не совсем равнозначна облегчению этого взаимодействия). Фасилитация обычно подразумевает сам психотерапевтический процесс или его пусковой механизм. А *фасилитатором*, как правило, служит группа или психотерапевт.

Существует также термин «эффект фасилитации», или «эффект Зайонца» (по имени исследователя Роберта Зайонца). В таком контексте значение термина иное. «Эффект Зайонца» подразумевает, что присутствие наблюдателя (другого человека или группы людей) заметно влияет на поведение индивида, выполнение им практически любой деятельности.

Флоридный психоз – выраженная стадия психоза.

Экстернализация – психологический механизм, выра-

жающийся в приписывании человеком атрибутов внутреннего мира миру внешнему.

Этиологический фактор – главный, определяющий фактор заболевания.

Ятрогенный – неблагоприятное изменение состояния пациента, обусловленное действиями медицинского персонала. Ранее термин «ятрогенное действие» подразумевал внушение болезни, невольно сделанное врачом (результат некорректных высказываний врача, неверного информирования пациента). Теперь этим термином обозначают любые действия медиков (например, назначение лекарств), которые привели к негативному результату.

Об авторе

Ирвин Ялом родился 13 июня 1931 года, в Вашингтоне, в семье выходцев из России. Этот известный всему миру экзистенциальный психолог принадлежит к числу наших великих современников. Ялом – почетный профессор Стэнфордского университета, лауреат двух национальных премий за вклад в клиническую психиатрию и исследования в этой области: в 1974 г. он был удостоен награды Эдварда Штрекера за вклад в психиатрическое лечение в США, а в 1979-м – премии, учрежденной Американской психиатрической ассоциацией за исследования в области психиатрии. Позже Ирвин Ялом стал обладателем престижной премии *Pfister (Oscar Pfister Award for contributions to Religion and Psychiatry)*. Это аналог Нобелевской премии в области психологии и религии.

Несколько десятилетий назад Ирвин Ялом получил признание в научном мире как автор книг «Теория и практика групповой психотерапии» (изд-во Basic Books, 1975), «Экзистенциальная психотерапия» (изд-во Basic Books, 1980), а также соавтор книг «Каждый день мы становимся ближе» (совместно с Джинни Элкин, изд-во Basic Books, 1974) и «Группы встреч: первые факты» (совместно с Мортоном Либерманом и Мэтью Майлсом, изд-во Basic Books, 1973).

Российские читатели XXI века знают Ирвина Ялома не только как выдающегося ученого-психолога, но и как незаурядного литератора – автора философских книг: «Когда Ницше плакал», «Лжец на кушетке», «Лечение от любви», «Мамочка и смысл жизни» и других. Все его книги становятся бестселлерами.

Издание для досуга

ПРАКТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Ирвин Ялом

СТАЦИОНАРНАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Руководитель направления *Л. Ошеверова*
Ответственный редактор *К. Пискарева*
Редактор *М. Широкова*
Художественный редактор *П. Петров*
Технический редактор *О. Куликова*
Компьютерная верстка *О. Шувалова*
Корректор *И. Федорова*

ООО «Издательство «Эксмо»
127299, Москва, ул. Клары Цеткин, д. 18/5. Тел. 411-68-86, 956-39-21.
Home page: www.eksmo.ru E-mail: Info@eksmo.ru

Подписано в печать 03.10.2011.
Формат 60х90¹/₁₆. Гарнитура «Нью-Баскервиль».
Печать офсетная. Усл. печ. л. 30,0.
Тираж 3100 экз. Заказ 6720.

Отпечатано в ОАО «Можайский полиграфический комбинат».
143200, г. Можайск, ул. Мира, 93
www.оаомпк.ru, www.оаомпк.рф тел.: (495) 745-84-28, (49638) 20-685

ISBN 978-5-699-52275-0

