

Отбор и Подготовка Пациентов и Организация Группы



Сальвенди Джон Т. (Северный Йорк, Онтарио)

- психиатр, профессор Университета Торонто.

Следуя семейной традиции, Джон учился в Венском университете. Он пережил Холокост. Потеряв почку в 17 лет из-за военного ранения, Джон заинтересовался медициной. В 1967 году Джон и его семья иммигрировали в Канаду, чтобы найти лучшие возможности для карьерного роста и посвятить больше времени групповой терапии. После прохождения интернатуры и части ординатуры Джон проработал в больнице Св. Михаила в Торонто 23 года, последние 17 лет — директором психиатрического амбулаторного отделения. Там он создал образцовую программу обучения и самую большую групповую терапию в Канаде. В 1993 году Джон очень успешно перешел к частной практике, что позволило ему уделять больше времени помощи людям, сократив свои административные обязанности. Джон был сотрудником кафедры психиатрии Университета Торонто более 40 лет и профессором последние 30 лет. Он получил международное признание благодаря своим трудам и 250 лекциям, которые он прочитал. Всего через десять лет после того, как он «сошёл с лодки», Джон стал президентом-основателем Канадской ассоциации групповой психотерапии.

Данные большого количества клинических отчетов говорят о том, что в случае проведения тщательного отбора и подготовки пациентов для работы в группах, их посещаемость значительно выше, чем в случаях, когда подобных процедур не проводилось. Также гораздо выше уровень понимания группового процесса; пациенты раньше овладевают поведением в группе, способствующим терапии, что положительно сказывается на результате. Извлекут ли пользу из групповой психотерапии пациенты, которым показан данный тип терапии, во многом зависит от их качественного отбора и подготовки. Данные факторы также значительно влияют на субъективный опыт, который получит пациент в группе. Они снижают нереалистические ожидания, которые вызывают разочарование, и уменьшают тревогу ожидания. Результаты официального исследования в данной области оказались более неопределенными, чем данные клинических отчетов, в первую очередь, по причине множества сопутствующих факторов, которые могут оказывать влияние на пациентов групповой терапии



в процессе отбора, подготовки и прохождения терапии. Таким образом, используемые методы становятся комплексными, в случаях: параллельного медикаментозного лечения, индивидуальной терапии, терапии пар или семейной терапии, принятия во внимание внешних событий.

На выбор пациента также оказывает влияние целесообразность. Во многих сеттингах при включении пациентов в определенную группу руководствуются такими переменными, как спрос и предложение, например, количество и качество рефералов и доступность терапевтов.

Идеи и факты, обсуждаемый в этой статье, могут быть применены с некоторыми поправками к большинству амбулаторных групп для взрослых с фокусировкой на психодинамике.

ИСТОРИЯ

Критерии отбора и подготовки групповой терапии, показаний и противопоказаний и организационные вопросы кристаллизовались постепенно методом проб и ошибок. Состав первых групп Джозефа Пратта для пациентов больных туберкулезом на пороге прошлого века определялся исключительно медицинским диагнозом и низким социальным статусом участников. Первая группа Якоба Морено, образованная в 1911 году из молодых венских проституток, была основана на предположении, что у участников должны быть были похожие истории и психодинамика, следовательно, члены группы будут друг друга поддерживать в процессе терапии. Три четверти века спустя Ирвин Ялом (1983) обнаружил, что научного обоснования критерия отбора все еще не было, так как результаты большинства исследований противоречивы и не систематизированы.

Клиницисты пробовали описать оптимальные, или хотя бы функциональные критерии состава группы (Milnick, Wonds 1976; Salvendy 1985) с точки зрения психодинамики, диагноза, возраста, пола, расы, этнической принадлежности, социального класса и сексуальной ориентации. Другие специалисты обнаружили преимущества гомогенного состава групп относительно гетерогенного.

Последние тридцать лет терапевты обеспокоены высоким показателем количества выбывающих членов групп. Некоторые исследования (Yalom 1966; Lothstein 1978) значительно пролили свет на причины этого феномена. За последние 15 лет в попытке снизить высокий показатель выбывания клиницисты разработали ряд подготовительных процедур. Большинство исследователей и клиницистов полагают, что основное направление этих исследований было полезным и многообещающим, и что дальнейшее оттачивание методов приведет к большей предсказуемости поведения пациента в группе и его ответа на лечение.

Все кандидаты на групповую терапию должны уметь выдерживать
воздействия множественных отношений в группе.

ОТБОР

Теория

Предполагается, что тщательный отбор кандидатов для групповой психотерапии способствует снижению показателя количества выбывающих участников из группы, который располагается в диапазоне 35 процентов (Yalom 1966). Более того, тщательный отбор вносит вклад в развитие сплоченности, улучшает посещаемость и ускоряет процесс установления поведения в группе, способствующего изменениям.

Сложно определить специфические критерии отбора. Практика отбора пациентов согласно их психиатрическому диагнозу себя не оправдала. Множество пациентов с диагнозами в соответствии с категорией II, которым теоретически терапевтическая терапия была бы полезна, не показали этого из-за недостатка мотивации, сложностей с контролем импульса, доминирующего нарциссизма, проблемами, связанными с синбиновым соперничеством, или же сложностями, связанными с авторитетными фигурами. Однако, некоторым пациентам с шизофренией (Leszez 1986, Yalom 1983), расстройствами настроения (Salvendy, Joffe 1991) и тревожными расстройствами такая терапия может быть полезна.

Фокусирование при исходной оценке на психодинамике пациента оказывается более полезным, чем фокусирование на диагнозе. Фокусирование на психодинамике дает интервьюеру значительное представление о различных жизненных переживаниях, которые сформировали представление пациента о себе. Однако для того, чтобы оценить уровень функционирования потенциальных участников группы в повседневной жизни, бывает недостаточно применения внутриспсихического исследования, которое часто ассоциируется с психоаналитическими техниками. Следовательно, релевантным и раскрывающим будет фокус на природе межличностных отношений пациента внутри семьи, с их нынешними партнерами и друзьями, с их коллегами и начальниками на работе, с их детьми и другими значимыми людьми. Оптимальным будет практический подход, интегрирующий внутриспсихические и межличностные аспекты функционирования пациента. Однако, психологический профиль пациента является только одной из самых важных переменных в общем процессе отбора.

Практика отбора пациентов согласно их психиатрическому диагнозу себя не оправдала.

Практические соображения

Несмотря на осязаемые эмпирические данные, никакой из методов не является достаточно надежным для прогнозирования поведения пациента в группе. Фактически, только поведение в группе или в ситуации, близкой к пребыванию в группе, дает представление, что же в итоге может развернуться в терапии.

Помимо этого, есть практические факторы, которые вмешиваются в процесс отбора. В первую очередь - доступность подходящих кандидатов. Во многих клинических

Фокусирование при исходной оценке на психодинамике пациента оказывается более полезным, чем фокусирование на диагнозе. Фокусирование на психодинамике дает интервьюеру значительное представление о различных жизненных переживаниях, которые сформировали представление пациента о себе.

сеттингах, где групповая психотерапия не является профильным направлением, качество и количество рефералов может быть низким. У частнопрактикующих терапевтов может не быть необходимого количества участников для начала группы. Групповым терапевтам необходимо помогать их реферальным источникам преодолевать существующие предубеждения и искаженное восприятие такого подхода к лечению.

Компетентность групповых терапевтов также может оказать влияние на процесс отбора. Неопытные терапевты могут быть склонны к проведению оценки в рамках одной сессии, в формате общей психиатрической консультации, которая не дает достаточно информации о пригодности пациента к групповой терапии.

В большинстве случаев оценка кандидатов проводится при помощи нескольких индивидуальных интервью. Терапевт встречается со всеми кандидатами минимум три раза, прежде чем они присоединятся к группе. Во время первого интервью фокус делается на текущих проблемах пациента, семейной истории, более ранних или текущих отношениях и социальном, сексуальном и профессиональном опыте. Во время второй встречи терапевт дает детальное обоснование прохождения групповой психотерапии, также описывая простым языком работу группы. Терапевт информирует пациента о том, чего можно ожидать в группе с точки зрения роли самого пациента, ролей других участников и роли терапевта. Терапевт говорит о правилах функционирования группы и распространенных ожидаемых трудностях. На третьей сессии терапевт интересуется вопросами или беспокойствами пациента относительно полученной информации. Оставшееся время этой сессии используется для сбора дальнейшей информации, относящейся к нюансам значимых отношений и установлению конкретных целей лечения. Еще одна встреча планируется на период 4 - 6 недель после начала группы. Она позволяет прояснить, как пациенты вошли в группу, и дать обратную связь в комфортной обстановке, если их поведение в группе вызывает беспокойство.

Жан, 43-х летняя разведенная государственная служащая, на протяжении нескольких первых сессий в группе ухмылялась, чем вызывала раздражение. Она молчала, но была внимательна. Так как ее поведение было неуместным и потенциально опасным, терапевт обсудил это с ней на последующей сессии. Обсуждение один-на-один позволило ей сохранить лицо и было менее унижительным, чем обсуждение в группе на такой ранней стадии. Жан была смущена, когда узнала, что у нее все время было снисходительное выражение лица. Она сообщила, что чувствовала напряжение и тревогу в группе, так как ей казалось, что остальные участники гораздо больше чувствуют

и выражают. На тот момент Жан чувствовала себя абсолютно запуганной в группе. Терапевт сказал, что ее беспокойства по поводу замеченных ею недостатков проявлялись не только через выражение лица. Терапевт поспособствовал тому, чтобы Жан открыто сказала другим участникам группы о своей тревоге. В ответ группа проявила эмпатию, и вскоре после этого ее выражение лица изменилось.

Психологические тесты не показали себя достоверными и полезными для прогнозирования успеха пациентов в группе. Однако, Мэри МакКоллум и Уильям Пайпер (1990) разработали процедуру оценки психологического мышления, где кандидат в группу просматривал короткую видеозапись смоделированных взаимодействий между пациентом и терапевтом. После просмотра кандидат отвечал на ряд вопросов по поводу записи, например: «Что беспокоит эту женщину, как Вам кажется?». Цель вопросов была оценить способность пациента идентифицировать конфликтные динамические компоненты и соотнести их с трудностями человека.

Хотя оценка кандидатов обычно проводится терапевтом, в некоторых сеттингах отбор и часто подготовка проводятся другими профессионалами. В подобных ситуациях роль группового терапевта не размывается директивным подходом подготовительных сессий. Однако, если назначенный групповой терапевт проводит оценочные интервью, терапевтический альянс может установиться раньше, так же и любые ситуации несовместимости могут быть замечены прежде, чем пациент присоединится к группе.

Фактически, только поведение в группе или в ситуации, близкой к пребыванию в группе, дает представление, что же в итоге может развернуться в терапии

Критерии включения в группу

Пациенту стоит предлагать группу, которая лучше всего подходит для решения его проблемы, а не группу, которая уже есть у терапевта. Терапевту следует исследовать мотивацию пациента. Пациенты, которые чувствуют, что они присоединяются к группе по принуждению - по назначению суда, работодателя или супруга (супруги) - получают меньше пользы, чем пациенты с личной мотивацией. Возможно включить пациента по принуждению, но мотивация должна быть проработана с ним.

У пациентов должна быть возможность продолжительно и регулярно участвовать во встречах, поэтому терапевту следует детально обсудить такую возможность с людьми, которые далеко проживают, или же работают посменно, и с родителями, которым не с кем оставить детей.

Все кандидаты на групповую терапию должны уметь выдерживать воздействия множественных отношений в группе. Следовательно, у кандидатов в их истории должны быть удовлетворительные отношения хотя бы с одним человеком, особенно в детстве (Slavson, 1964). Единый самый важный критерий для отбора в любую группу — это способность пациента выполнять групповые задачи (Vinogradov, Yalom, 1989). Дж. Скотт Рутан и Уолтер Н. Стоун (1984) подчеркивали способность клиента давать и получать

Клиницисты пришли к единому мнению, что у гетерогенных групп есть преимущества перед гомогенными при долгосрочности группы, ориентированности группы на осознание и взаимодействие.

обратную связь и проявлять эмпатию. У.Х. Фридман (1989) полагал, что кандидатам необходимо определять свои проблемы как межличностные, желать измениться в отношениях, хотеть быть под воздействием группы, раскрываться и быть мотивированными помогать другим в группе.

Многим пациентам может быть полезна как индивидуальная, так и групповая терапия. Специфические показания к групповой терапии включают низкую самооценку, подавленное настроение (дистимического характера); трудности общения и проблемы в отношениях с партнерами, коллегами и авторитетными фигурами; сдерживание себя в социальных ситуациях, страх отстаивать себя и страх неконтролируемой агрессии. Также можно включить пациентов с социальными фобиями от легкой до умеренной степени, например, страх говорить или есть на публике. Также можно рассмотреть пациентов с психосоматическими заболеваниями (например, расстройства пищевого поведения, синдром раздраженного кишечника и астма), которые находятся под медицинским присмотром, пациентов, которые излишне интеллектуализируют, пациентов, которые не выносят диадной интимности и тех, кто часто вызывает болезненные контрпереносные реакции у своих индивидуальных терапевтов (Frances, Clarkin, Marachi, 1980).

Часто решающими факторами являются доступность групповых терапевтов и позиция людей, которые направляют клиента. Группа представляет собой более реалистичную копию общества, чем ситуация диадных отношений. Следовательно, группа предлагает лучшие возможности для коррекционной работы и передачи социальных норм. Пациент, который стал сверхзависимым от индивидуального терапевта, может получить выгоду от неясных множественных переносов в группе. Более того, в группе есть масса возможностей для обратной связи и безотлагательной практики. Таким образом, участники группы и терапевт могут непосредственно наблюдать за поведением пациента и сразу же высказываться по поводу возможных искажений. Немногословные люди часто выводят из себя индивидуальных терапевтов и не могут долго пребывать в диадном сеттинге. Они чувствуют себя более комфортно в группе, где внимание рассредоточено, и где они могут учиться путем постепенного осознания. Мотивированные пациенты, которые не ориентированы на психологическое мышление, могут учиться в группе и постепенно формироваться благодаря пронизательным и психологически ориентированным участникам.

Критерии исключения

Нет убедительных научных данных исследований, которые бы очерчивали критерии исключения, поэтому критерии - эмпирические и относительные. Как правило,

терапевты исключают людей, которые не смогли бы вынести сеттинг группы, которые, возможно, взяли бы на себя роль человека с девиантным поведением (Yalom, 1966); людей, которые не хотят принять правила группы, кто в острой кризисной ситуации и у кого низкая способность выносить фрустрацию и тревогу. Пациенты, которым неинтересны другие люди, которые не могут делиться терапевтом, которые слишком эго-центрированные и параноидные, лучше работают в рамках индивидуальной психотерапии (Friedman, 1989; Rutan, Stone, 1984). Низкий уровень интеллекта и органические поражения, вероятно, вызовут сложности с абстрактным мышлением, которое необходимо, чтобы следовать за происходящим в группе. Недостаточное владение языком, усугубленное невозможностью пациента выразить себя с необходимой точностью, может вызвать похожие трудности. Сильное заикание может усугубляться при стрессе в группе. Пациенты с серьезными заболеваниями, такими как лабильное артериальное давление, частые астматические приступы, неконтролируемая эпилепсия, тяжёлая стенокардия, могут испытывать сильное ухудшение своего физического здоровья в группе.

У параноидных пациентов есть тенденция к излишним спорам, и временами они могут быть угрожающими для других пациентов. Также не подходят люди с высоким уровнем тревоги, психотические, маниакальные и суицидальные пациенты. Однако, недавние данные показали, что депрессивные пациенты могут быть включены в групповую психотерапию, если добавлено лечение антидепрессантами (Salvendy, Joffe, 1991). Люди, которые занимают чрезмерно оборонительную позицию, как и психологически неориентированные, оказываются одинаково фрустрирующими, так как занимают чрезмерное количество времени группы и делают практически невозможным серьезный прогресс (Vinogradov, Yalom, 1989; Yalom, 1985).

Начинающие терапевты часто чувствуют угрозу, что уход пациента отражается на уровне их компетентности, и часто пытаются практически любой ценой избежать отсева. Такие попытки редко успешны, так как они могут подрывать доверие остальной группы.

Состав

В специфические параметры гомогенности и гетерогенности входят: динамика пациента, диагноз, социальный статус, раса, этническая принадлежность, религия, возраст, пол, сексуальная ориентация и семейное положение. Майрон Уейнер (1986) рассматривал гомогенные группы для пациентов с фобиями, насильников, эксгибиционистов, людей, злоупотребляющих алкоголем или наркотиками, пациентов с алкогольной зависимостью, компульсивных азартных игроков, людей с социально-тревожным расстройством, людей, страдающих ожирением, физически больных людей и раковых больных. Автор (Salvendy, 1989a, 1989b) говорил о гомогенных группах для пожилых и пограничных пациентов. Что касается работы в стационаре, Молин Лесц (1986) и Ирвин Ялом (1983) рассуждали о степени гомогенности; Эриксон

(1986), ссылаясь на факторы реальности, выступил в поддержку гетерогенных групп в качестве легитимной альтернативы гомогенным группам. Клиницисты пришли к единому мнению, что у гетерогенных групп есть преимущества над гомогенными при долгосрочности группы, ориентированности группы на осознание и взаимодействие (Yalom, 1985). У гомогенных групп больше преимуществ, если акцент делается на поддержку или симптоматическое облегчение в течение короткого периода времени; обычно участие в таких группах назначается пациентам с моносимптоматическими жалобами. Участники гомогенных групп быстрее срабатываются. В гомогенных группах выше посещаемость, они более сплочены и предлагают больше немедленной поддержки, менее конфликты и обеспечивают более быстрое облегчение симптома. В гетерогенных группах присутствует достаточный диссонанс для того, чтобы обеспечить альтернативные ролевые модели (Bednar, Lawlis, 1971). Дороти Уитакер и Мортон Либерман (1964) попытались интегрировать различные взгляды на состав длительных, ориентированных на осознание групп, и рекомендо-

Защитные механизмы становятся особенно достигаемыми в группе, так как группа не только вызывает значительные аффект, но также активно конфронтует участников с их защитами, которые становятся весьма очевидными с узнаванием друг друга.

вали групповым терапевтам стремиться к максимальной гетерогенности, принимая во внимание конфликтные области пациентов и паттерны совладания, и к гомогенности, учитывая степень уязвимости пациентов и их способность переносить тревогу.

В клинической практике долгосрочных гетерогенных групп в большинстве случаев дистимные пациенты и пациенты с расстройствами личности от легкой до средней степени включаются в группу. Один пациент с пограничным расстройством личности, скорее всего, добьётся успеха в такой группе (Salvendy, 1985).

На функционирование и исход группы оказывают влияние такие факторы, как: расовая и этническая принадлежность, социальный статус, как пациентов, так и терапевта (Greene, Abramowitz, Davidson, Edwards, 1980; Carkhuff, Pierce, 1967). Чем выше степень социальной и расовой поляризации в определенных сообществах, тем сложнее становится работать со смешанными группами. Опыт автора при работе с группами, в составе которых были представители меньшинств, говорит о том, что необходимым условием успешного функционирования группы является предварительная работа в терапии с исходным социокультурным положением участников (Salvendy, 1985). Степень открытости группы, принятие индивидуальных различий и желание интегрировать разнообразие культурного опыта в групповой процесс будет противодействовать тенденции группы к расколу по расовому или культурному признакам (Tsui, Schultz, 1988). Подобный подход относится также к гомосексуальным участникам

гетеросексуальных групп. Автор считает возможным лечение одного представителя этнического или сексуального меньшинства в группе, принимая во внимание указанные необходимые условия.

Соотношение мужчин и женщин не является сильно значимым при условии, что в группе присутствуют как минимум два представителя одного пола, исключая терапевта. Нет необходимости вводить возрастные ограничения для взрослых групп. При условии, что терапевт исключает две крайности - подростковые проблемы и темы пожилых людей - различные возрастные группы обычно хорошо сочетаются и благоприятствуют диапазону детско-родительских переносных реакций (Salvendy, 1985).

Значимыми переменными являются сочетаемость и совместимость пациентов, с одной стороны, и терапевтов и их техник, с другой стороны. Это влияет как на процент выбывания участников, так и на терапевтический исход. Первичная оценка кандидатов должна включать в себя понимание их защитных механизмов. Слишком ригидные или слишком хрупкие пациенты, скорее всего, вызовут проблемы. Подобным образом необходимо исследовать возможные переносные реакции как на терапевта, так и на других участников (сиблинговое соперничество). Сильный негативный перенос, особенно у психологически неориентированных пациентов, может мешать развитию достаточного доверия, которое позволит извлечь пользу из группового процесса.

Продолжительность группы также оказывает влияние на ее состав. Пациенты, выбранные для краткосрочной группы, должны быть одного пола и следует учитывать их проблемы и уровень стрессоустойчивости. Они сфокусированы на ограниченном количестве проблем и проводятся активными и содействующими терапевтами. Терапевтический процесс в группах, ограниченных по времени, сокращается с точки зрения времени и деятельности, поэтому кандидатам необходимо иметь достаточные навыки межличностного общения, способность переносить социальную тревогу и разумные ожидания от результата (Piper, 1991).

ПОДГОТОВКА

Крупное исследование Р. Кляйн и Р. Кэрролл (1986) подтвердило, что в хорошо подготовленной группе пациентов ниже, чем обычно, процент выбывания участников и выше качество работы. Карл Кониг и Вулф-Волкер Лиднер (1991) отмечали, что первые подготовительные встречи являются одновременно и терапевтическими сессиями, во время которых начинается взаимодействие между пациентом и терапевтом, и начинает развиваться перенос.

Некоторые терапевты используют опросники для самоотчета, видео с обменом информацией и раздаточные материалы, которые пациенты могут забрать домой (Power, 1985). При передаче информации потенциальным кандидатам терапевту следует сделать акцент на разнообразии индивидуальных откликов на групповой процесс (Kords, Pancrazio, 1989). Если терапевт не объяснил все факты, относящиеся к функционированию группы, это часто приводит к недостатку сплоченности, отыгрыванию и увеличению количества выбывших.

Схема подготовки

В процессе подготовки терапевту следует обсудить некоторые вопросы с каждым пациентом:

1. Добиться согласия относительно целей лечения, используя специфические критерии.
2. Определить роль пациента - быть открытым изменениям, быть доступным для обратной связи от группы и говорить открыто.
3. Прояснить роль терапевта - давать интерпретации на индивидуальном и групповом уровнях, признавать рост в пациентах, предлагать эмпатическую поддержку, помогать участникам группы следить за процессом и разрешать тупиковые ситуации.
4. Сообщить о месте, времени и продолжительности каждой сессии и длительности терапии, развеивая любые нереалистичные ожидания относительно немедленных решений.
5. Исследовать фантазии и ошибочные представления пациента о группе.
6. Обосновать цели группы - получить понимание мыслей и действий пациента, получить понимание поведения других людей, улучшить собственное представление пациента о себе и улучшить межличностные отношения через более эмпатическую коммуникацию.
7. Обозначить организационные и административные вопросы, включая пунктуальность и регулярность посещения, значения опозданий, обращение с опозданиями, ответственность за пропущенные сессии, приемлемые причины пропуска сессии (серьезное заболевание или смерть близкого человека), как решить вопрос с отпусками участников, и как урегулируется отсутствие терапевта. Терапевту следует озвучить неприемлемость физического насилия в группе и сексуальных отношений между участниками группы.
8. Обозначить характеристики группы и поведение в ней - открытый состав или закрытый состав, безопасная и терпимая среда, отсутствие плана или повестки дня. Участники группы могут говорить на любые личные темы, относящиеся к проблемам, которые привели их в группу. Правила конфиденциальности применимы ко всем участникам. Терапевт обязуется не разглашать никакой информации без согласия пациентов, а участники группы обязуются сохранять правила анонимности, называя других участников только по именам. Многие терапевты разрешают обращаться по фамилии, но при гарантированном соблюдении правила конфиденциальности. Терапевты должны убедиться, что конфиденциальность сохраняется при наличии наблюдателя или видеозаписи. Несмотря на все это, в век компьютеризации и сторонних платежей, до пациентов необходимо донести определённые ограничения конфиденциальности (Roback, Ochoa, Bloch, Purdon, 1992). Категорически запрещается общение вне группы, так как это может привести к потере важной информации, утрате объективности участников группы, а также это благоприятствует возникновению потенциально опасных подгрупп, в которые не включены другие участники. Разрешены альтернативные сессии без терапевта.

9. Терапевту и пациенту следует договориться об оплате сессий.
10. Важные жизненные решения следует обсуждать в группе, а временами откладывать их.
11. Предвидеть определенные проблемы в группе - пациенты расстроены по поводу обратной связи, сложность в разделении времени в группе, ощущение, что группа движется слишком быстро или слишком медленно для них, пациенты думают, что обсуждение в группе не относится к ним. Терапевту необходимо объяснить пациентам, как вербализовать свои чувства в подобных ситуациях, и предупредить их о тревоге, которая является обычным явлением в группах, особенно на нескольких первых сессиях.
12. Рассмотреть условия прекращения в начале группы, чтобы избежать смятения и отыгрывания потом. В идеале, участники группы готовы ее покинуть, когда они чувствуют, что достигли целей, за которыми пришли, или когда и терапевт и группа совпадают во мнениях.

Важной и часто недооцененной является роль реферального источника. Плохо проинформированные, враждебные или отвергающие медицинские профессионалы могут травмировать пациентов или оттолкнуть их от групповой терапии.

Предварительная подготовка

За последние двадцать лет был разработан определенный метод подготовки, который напоминает саму ситуацию группы. Его прозвали «предварительная подготовка». Подход к процессу является информативным, когнитивно структурированным или построенным на взаимодействии. Предполагается, что предварительная подготовка прогнозирует пригодность пациента для групповой психотерапии, препятствует выбыванию, увеличивает сплочённость группы и положительно влияет на исход. Будущий лидер группы может узнать, насколько активными будут определенные пациенты, сколько работы они выполнят, насколько отзывчивы они будут по отношению к терапевту, и насколько много они будут работать при признании интервенций терапевта (Piper, Marrache, 1981). Однако никакие исследования не подтвердили эти ожидания. Симон Будман, Мэри Клиффорд, Лоуренс Бейдер и Беверли Бейдер обнаружили (1981), что предварительная подготовка позволяла пациентам принять информированное решение относительно участия в терапевтической группе, что повышалась степень приверженности групповому лечению, и что у пациента была возможность научиться эффективной работе в группе.

МакКаллум и Пайпер (1990) обнаружили, что во время предварительной подготовки, которая включала в себя просмотр и интерпретацию смоделированного взаимодействия между пациентом и терапевтом, можно предугадать, насколько будет истощаться психологическое мышление. Дональд Франс и Джеймс

Значимыми переменными являются сочетаемость и совместимость пациентов, с одной стороны, и терапевтов и их техник, с другой стороны.

Дюго (1985) отмечали высокие показатели посещаемости и быстрое формирование терапевтического климата в группе, что соотносится с положительным исходом. Позже, Уильям Пайпер и Элен Перро (1989) подтвердили улучшение посещаемости, но обнаружили, что результаты предварительной подготовки относительно процесса и исхода были исключительно предполагаемыми. Тем не менее, Теодор Каул и Ричард Беднар (1986) отмечали, что доступные исследования поддерживают предварительную подготовку в качестве улучшенного варианта подготовки пациентов к групповой психотерапии.

Такая система предварительной подготовки часто использует видеозаписи как с целью обучения (France, Dugo, 1985; Power, 1985), так и с целью оценить психологическое мышление пациентов (McCallum, Piper, 1990). Основными недостатками предварительной подготовки являются необходимость увеличить время и привлечь людей, которые выполнят клиническую задачу и проанализируют подготовительные сессии.

Добавление нового участника

В большинстве групп добавление участника происходит тогда, когда один из участников группы выбыл или завершил терапию. Новый участник в данном случае нуждается в тщательной подготовке для присоединения к уже существующей группе. Также и участники группы нуждаются в подготовке к новому участнику (Friedman, 1989).

Подготовка терапевта

Начинающим групповым терапевтам тоже нужна подготовка. Литературы по этому вопросу недостаточно, но клинические данные показывают, что групповые терапевты-новички осознают недостаток опыта. У них есть тенденция к защитному поведению и сопротивлению из-за чувства тревоги, и они часто способствуют уклонению группы или высокому показателю выпавших из группы (Roback, Smith, 1987; Yalom, 1966). Начинающим групповым терапевтам полезны подготовительные интервью вместе с супервизором с акцентом на тревоге. Задача супервизора исследовать все возможные причины для беспокойства новичка. Рекомендуются вводный семинар (2 сессии по 2 часа) для начинающих терапевтов за пару недель до начала их первых групп. При подготовке акцент делается на вопросах, имеющих отношение к общим групповым феноменам и организационным моментам. Полезно встречаться первые несколько недель после начала терапевтических групп для групповых и индивидуальных супервизий. На групповых супервизиях могут подниматься вопросы, вызывающие беспокойство и тревогу. В этом случае начинающие терапевты смогут снизить тревогу относительно ощущения собственной некомпетентности.

Выбывшие

Улучшенные методы отбора и подготовки положительно сказались на показателях количества участников, бросающих группу, но они не устранили полностью данную проблему. За первые несколько месяцев терапии количество бросивших варьируется от 36 процентов, при условии незначительной процедуры отбора и подготовки (Yalom, 1966), до 10 процентов после тщательного отбора и подготовки (France, Dugo,

1985). В основном, выбывание участников из групп оказывает негативное воздействие как на ведущего группы, так и группу, влияя на сплочённость и моральное состояние группы. Лесли Лотштайн выдвинул противоположный взгляд (1978), полагая, что терапевту не нравились пациенты, которые бросили группу и, они сами зачастую были враждебны по отношению к ведущему. Лотштейн воспринимал выпадение участников как периодическую необходимость улучшения сплоченности группы и не рассматривал этот феномен как травматическое событие в жизни группы.

Говард Робэк и Марибет Смит (1987) более широким взглядом посмотрели на феномен выбывания участников и определили содействующие этому факторы у пациента, группы и терапевта. Большинство пациентов проявляют защиты, которые ведут к трудностям с близостью и самораскрытием, недоверию, чрезмерному использованию отрицания и к тенденции к оскорбительному поведению или враждебности. К другим причинам относятся низкая мотивация или нереалистичные ожидания, или же переживание острого кризиса (Rutan, Stone, 1984; Yalom, 1966). К групповым факторам сокращения группы относятся недостаточная сплочённость и поиск козла отпущения (Lothstein, 1978; Roback, Smith, 1987). Факторы терапевта, вызывающие преждевременный уход из группы, включают в себя отстраненность, недостаток поддержки и неприязнь пациента (Lothstein, 1978). Личностный стиль терапевта, контрпереносные реакции и недостаточная осознанность фактов, вызывающих преждевременную остановку терапии - все это вносит вклад в высокий показатель количества выбывших из группы. Робэк и Смит (1987) рекомендуют обращать внимание на совместимость пациента и группы и вопросы переноса и контрпереноса.

ОРГАНИЗАЦИЯ ГРУППЫ

Физическая среда

Важными переменными, оказывающими влияние на исход терапии, являются установление и поддержание физической структуры, которая способствует групповой терапии. Тихое, хорошо освещаемое помещение с возможностью регулировать температуру, с удобными стульями, расставленными по кругу или же буквой U - это основные условия. С целью избежать прерывания процесса или нарушения конфиденциальности терапевту следует ограничить доступ в помещение.

Лист ожидания

Если ведется лист ожидания, необходимо время от времени встречаться с кандидатами в течение периода ожидания в качестве формы проведения расширенной оценки, чтобы избежать деморализации и ухода пациента. В некоторых местах, которые проводят программы с большими группами, период ожидания используется для подготовительных целей.

Неуспешные кандидаты

Если после проведенной оценки групповой терапией терапевт полагает, что конкретный человек не подходит для групповой терапии, ему следует тактично и с эмпатией сообщить

об этом пациенту. Терапевт может либо опираться на факты реальности, которые смягчают невозможность включения пациента в группу (например, острый кризис) или же отметить, что группа не подходит; терапевту не стоит говорить, что пациент не подходит, так как это может травмировать.

Время

Большинство продолжительных, ориентированных на осознание групп являются открытыми и медленно изменяют состав. Для групп, ограниченных по времени, характерно закрытое членство.

Встречи групп амбулаторных пациентов обычно длятся от часа до двух, в среднем полтора. По истечении двух часов ослабевают защиты участников группы. Некоторые терапевты проводят длительные сессии, до 12 часов в выходные, чтобы достучаться до особенно защищающихся пациентов, или когда вся группа сопротивляется. Недостатком здесь является то, что после нескольких часов может снизиться концентрация внимания многих людей, включая терапевта. Амбулаторным пациентам целесообразно встречаться раз в неделю; группы стационарных пациентов часто встречаются ежедневно.

Размер

Размер группы варьируется от 4 до 15 участников. Многие клиницисты считают 8 пациентов идеальным количеством. Генри Келлерман (1979) отметил, что важно не столько количество участников группы, а насколько полно группа представляет весь диапазон эмоциональной выразительности и природы своих проблем. Принимая во внимание возможный отсев, терапевту следует начинать с немного большего, чем идеальное, количества, тогда ни группа, ни терапевт не будут сильно обеспокоены сокращением количества участников, когда кто-то будет выбывать.

Начинающие терапевты часто чувствуют угрозу, что уход пациента отражается на уровне их компетентности, и часто пытаются практически любой ценой избежать отсева. Такие попытки редко успешны, так как они могут подрывать доверие остальной группы. Участников группы необходимо мотивировать, чтобы они выразили свои переживания по поводу ушедшего человека, чтобы проработать гамму чувств, которые могут подниматься. Хотя, пациенты, которые уходят, часто выглядят уверенными в своей правоте и выражают злость, этот процесс часто доставляет им боль. Выбывшие участники извлекают пользу из непредвзятой проработки обстоятельств их ухода в группе или же последующей индивидуальной сессии с терапевтом.

Защитные механизмы

Один из способов предвосхитить сокращение группы - понимать динамику каждого члена группы и их защитные механизмы. У некоторых пациентов, которые могут возражать против присоединения к группе, или же чувствовать себя ограниченными или тревожными в ней, беспокойство может быть связано с сиблинговым соперничеством. В любом случае, группа идеально подходит для исправления эмоционального опыта.

Распространенным механизмом защиты в группе является проекция, при которой пациенты приписывают неприемлемые для себя импульсы другим. Таким пациентам группа может предложить эффективную конфронтацию с реальностью.

При переносе пациенты демонстрируют такие же реакции на терапевта или других участников, какие они переживали в отношениях со значимыми фигурами в прошлом. Группа обеспечивает более широкий диапазон переноса, чем диадные отношения. И этот диапазон является одним из преимуществ групповой терапии над индивидуальной. Переносные реакции в группе необходимо идентифицировать, анализировать и прорабатывать, так, чтобы вовлеченные пациенты смогли бы использовать осознание как в группе, так и за ее пределами.

Другими распространенными защитами являются вытеснение, подавление и отрицание. В этом случае пациенты вычеркнули из своего сознания мысли, чувства и другие ментальные ассоциации, которые угрожают их представлению о себе. Защитные механизмы становятся особенно достигаемыми в группе, так как группа не только вызывает значительные аффект, но также активно конфронтует участников с их защитами, которые становятся весьма очевидными с узнаванием друг друга.

Одна из важных задач терапевта - помочь создать культуру группы, которая управляет и регулирует приемлемое поведение. Ведущий активно воздействует на процесс установления норм, как явно, предписывая правила и подкрепляя поведение, так и скрыто, демонстрируя модель поведения.

При изоляции пациенты отделяют свои аффекты от мыслей. Так, пациент, описывающий некий мучительный опыт, может не проявлять никаких чувств. Обычно участники группы умело указывают друг другу на такое расщепление между содержанием рассказа и недостатком эмоционально ответа.

Когда у участников группы сложности с тем, чтобы напрямую работать с какой-то темой, они часто начинают отыгрывать в ущерб себе и другим. Отыгрыванием в группе будет смещение поведенческого ответа с одной ситуации на другую.

У Эллы, 32-х летний банковской служащей, которая проживала в гражданском браке, была низкая самооценка и большие трудности в отстаивании себя. Она часто отпускала самоуничижительные замечания в группе и в целом чувствовала себя не любимой и недооцененной. Она неоднократно приходила на несколько минут позже начала группы, шумно заходила в комнату и демонстративно снимала шляпу и пальто. Когда Элли конфронтировали с ее поведением, она была удивлена и зло заявила, что участники группы придирались к мелочам и были легкомысленны относительно своих ожиданий. Только после нескольких эмпатичных конфронтаций Элла призналась, что ей казалось, что неважно, придет ли она позже, так как ей нечего было

привнести в группу, а другие участники не заметили бы ее отсутствия, в любом случае. Вместо того, чтобы взывать к правилам группы, участники проявили понимание, а некоторые даже идентифицировались с затруднением Эллы. Когда Элла почувствовала себя в большей безопасности, она смогла сказать, что только после получения обратной связи она осознала, что, на самом деле, она надеялась, что группа заметит ее приход, распознает ее положительные качества и включит ее в обсуждение. За следующие несколько сессий группа смогла помочь Элле проработать ее преувеличенную потребность в признании.

К другим формам отыгрывания в группе может относиться неоплата, «забывание» конкретной сессии и отпуск во время встречи группы.

Ведение записей

Ведение записей о посещаемости и краткое описание сессий необходимо с медицинской и юридической точек зрения, а также временами для стимуляции памяти терапевта. Запись посещаемости группы следует вести таким образом, чтобы легко можно было увидеть частые отклонения от нормы, такие, как опоздания и пропуски. Краткое описание группы или аудиозапись лучше делать сразу после окончания сессии, пока память терапевта еще свежа. В записях следует указывать дату, имена присутствующих и отсутствующих пациентов и сжатое описание значительных индивидуальных взаимодействий и тем группы в целом.

Выставление счета

Большинство терапевтов выставляют счет пациентам раз в месяц. Чеки лучше отдавать пациентам лично на последней сессии месяца. На любые проявления негативного переноса или отыгрывания, которые относятся к оплате, можно обращать внимание в тот момент. Необходимо проинформировать участников группы, когда и как они оплачивают счет. Роль любого страхового лица следует прояснить во время подготовки во избежание проблем с конфиденциальностью и продолжительностью оплаты.

Отсутствие терапевта

Отсутствие терапевта по причине отпуска, болезни, посещения конференции оказывает огромное влияние на группу. Поэтому терапевту следует уведомить группу о любых предвидимых отсутствиях, как только возможно. Отсутствие терапевта часто активизирует чувства зависимости, брошенности или недоверия. Помимо работы с поднятыми чувствами, у терапевта есть несколько вариантов практической работы с подобными ситуациями. Можно перенести время на другой день на той же неделе, или провести более продолжительную сессию за неделю до или после отсутствия. Участники могут встретиться без ведущего, или же может быть замещающий ведущий на эту конкретную сессию. Скотт Рутан, Анна Алонсо и Р. Молин (1984) дали обзор преимуществ и недостатков всех этих вариантов. Отмена сессии может предложить реалистичный взгляд на ограничения терапевта, но вызвать чрезмерные страдания у уязвимых пациентов. Замена сессии другой в другое время гарантирует непрерывность, но есть риск показать терапевта как всемогущего и дающего все необходимое. Проведение двойной

сессии через неделю дает роскошную возможность растянуть время, то, что особенно ценно для неассертивных пациентов. Однако со временем защиты ослабевают, что может стать проблемой для некоторых уязвимых пациентов. Преимуществом группы без лидера является то, что это способствует независимой терапевтической работе, но это не подходит пациентам с трудностями контролирования импульса, и есть риск, что найдут козла отпущения.

И терапевт, и группа нуждаются в подготовке к наличию замещающего лидера (Simon, 1992). Такой вариант предлагает непрерывность и раскрытие другому терапевту и позволяет участникам группы исследовать и выражать свои чувства потери, злости и отвержения (Rutan, Alonso, Molin, 1984). Когда терапевты меняются в длительной открытой группе, как часто происходит в группах, которые ведут резиденты в клиниках, необходима значительная подготовка и проработка чувств, связанных с отвержением, потерей и злостью.

Задачи терапевта

Первые несколько сессий новой группы оказывают непропорциональное воздействие на ход лечения, так как на этой стадии устанавливаются правила группы. Таким образом, интервенции лидера группы должны быть особенно ясными и краткими на данном этапе. Такая позиция является настоящей из-за высокого уровня тревоги на этих первых встречах и из-за тенденции пациентов к регрессу. Если терапевт применяет подобный подход, пациенты лучше интегрируют, как на ментальном, так и на эмоциональном уровнях, чем, когда терапевт пассивен (Konig, Linder, 1991). Понятное и эмпатичное общение первостепенно в свете данных о том, что пациенты, которые устанавливают близкие терапевтические альянсы со своими терапевтами, обычно показывают лучшие результаты, чем те, у кого связь с терапевтом не такая хорошая (Tschuschke, Czogalik, 1990).

Одна из важных задач терапевта - помочь создать культуру группы, которая управляет и регулирует приемлемое поведение. Ведущий активно воздействует на процесс установления норм, как явно, предписывая правила и подкрепляя поведение, так и скрыто, демонстрируя модель поведения (Vinogradov, Yalom, 1989). Терапевты поощряют атмосферу безоценочного принятия и признания как проблем, так и сильных сторон пациентов. Терапевты вознаграждают желаемое поведение через социальное подкрепление, поддерживают временные рамки и не поддерживают развитие нетерапевтических отношений и процессов в группе. Участники группы должны чувствовать, что терапевт установил и поддерживает безопасную среду путем четкого определения правил. Терапевты противодействуют давлению и требованию чрезмерного самораскрытия, и в то же самое время поощряют соответствующее вербальное выражение чувств, потребностей и мыслей. Они содействуют проверке группой индивидуального

За последние два десятилетия стали очевидны преимущества прохождения индивидуальной и групповой терапии параллельно.

восприятия лидера (Korda, Panerazio, 1989) и помогают развеять убеждение во всеведении лидера.

Многие пациенты чувствуют, что их беспокойства могут быть перемещены на второй план из-за более срочных потребностей других пациентов или же их более асертивного поведения. Терапевт должен уверить пациентов в том, что всем трудностям каждого пациента будет справедливо уделено время. Терапевтам часто необходимо активно вовлекать молчаливых участников, одновременно помогая монополистам или «ко-терапевтам» ослабить позиции. Ведущие поддерживают непрерывность процесса между сессиями, чтобы они не стали фрагментарными взаимодействиями. Они могут акцентировать непрерывность, рекомендуя пациентам думать о каждой сессии на неделе и поделиться своими мыслями и инсайтами в группе.

Терапевт поощряет честность и спонтанность и комментирует возникающие чувства, принятие других, самораскрытие, желание понимать и измениться и стремление бросать вызов другим. Ялом (1985) предоставил мощный инструмент продвижения терапевтической атмосферы в группе, фокусируясь на здесь и сейчас, а именно, на событиях в самой группе, через самораскрытие, катарсис, обратную связь, продуманное освещение группового процесса и отношенческий подтекст в поведении участников группы. Ведущий может поощрять такой подход через направление, объяснение, вознаграждение, моделирование, фокусировку и резюмирование. Для наибольшей эффективности терапевты наблюдают за содержанием и процессом, аффектами и невербальной коммуникацией. Они отражают свои наблюдения и интерпретации, освещают слепые пятна, предотвращают поиск козла отпущения, возвращают группу обратно, признают истинный прогресс и предлагают соответствующие модели принятия риска, заботы и выражения признания.

Ко-терапия

В ко-терапевтической модели задачи схожи с задачами в группах с одним терапевтом, но ведущим необходимо избегать противоречия и не быть удобной целью для расщепления. Для возникновения родительских или партнерских переносных реакций, а также для моделирования, идеальной будет команда терапевтов мужчина-женщина. Ко-терапия наиболее успешна, когда партнеры равны. Если они из разных подходов, это может вызвать дополнительные инсайты. Ко-терапевты должны уважать друг друга, принимать подходы и различия друг друга, а также пути разрешения противоречий конструктивным образом. Сильно рекомендуется разбор каждой сессии, так как это позволяет команде ко-терапевтов прояснить темы и проработать несогласия (Williams, 1976).

Переход с индивидуальной терапии

Пациенты, которые переведены с индивидуальной терапии на групповую либо реферальным источником, либо самим групповым терапевтом нуждаются в тщательной подготовке. Причина для перехода должна быть разъяснена, чтобы пациент не чувствовал отвержения. Пациента необходимо заверить, что его переход в группу не означает, что его не воспринимают как отдельного человека.

Параллельная терапия

За последние два десятилетия стали очевидны преимущества прохождения индивидуальной и групповой терапии параллельно. И такие типы лечения становятся все более распространёнными. При правильном применении две модальности лечения приводят к синергетическому эффекту и предлагают дополнительный подход к нуждам клиента. Групповая терапия предлагает уникальную возможность посмотреть на межличностные трудности, в то время как индивидуальная терапия позволяет исследовать и прорабатывать интрапсихические темы. Параллельная терапия может быть предложена тем же терапевтом (комбинированная терапия) или же двумя различными терапевтами (сочетаемая терапия). Рутан и Алонсо (1982) говорили о преимуществах и недостатках каждого типа. Параллельное лечение назначается, когда (1) пациент не даёт достаточного количества материала в индивидуальной терапии, (2) межличностные вопросы не могут быть разрешены в индивидуальной терапии, (3) групповой сеттинг продвинет исследование и интеграцию достигнутого в индивидуальной терапии.

Подводя итоги, важно отметить, что помимо грамотного отбора, подготовки пациентов и организации группы, ключевым является: личная проработанность, зрелость и эмоциональная устойчивость группового психотерапевта, уровень теоретических и практических знаний метода групповой и индивидуальной психотерапии, а также экологичная среда для исследования напряжений и конструктивных изменений психики.

Результатом групповой психотерапии являются: повышение самоактуализации, способность достигать баланса отдельности и причастности, формирование устойчивой привязанности, способность к долгосрочным отношениям и зрелой, взаимной любви.

Перевод: Евгения Соболева