

Действующие факторы групповой психотерапии в концепции И. Ялома

Аннотация В статье обсуждаются, выделенные Ирвином Яломом, лечебные факторы, проявляющиеся в групповой терапии: внушение надежды, универсальность, сообщение информации, альтруизм, корректирующий анализ влияния родительской семьи, развитие социализирующих техник, имитационное поведение, интерперсональное влияние, групповая сплоченность, катарсис и экзистенциальные факторы. Поставлены основные вопросы, касающиеся трансформации влияния этих факторов в интернет-среде.

Ключевые слова групповая терапия, лечебные факторы, их трансформация в Интернете.

Ирвин Ялом полагает, что терапевтические изменения в группе являются в высшей степени сложным процессом и что он происходит через непростое взаимодействие различных компонентов жизненного опыта человека, которые он рассматривает как «лечебные факторы».

С точки зрения И. Ялома, в групповой терапии лечебные факторы делятся на одиннадцать базовых категорий:

1. Внушение надежды.
2. Универсальность.
3. Сообщение информации.
4. Альтруизм.
5. Корректирующий анализ влияния родительской семьи.
6. Развитие социализирующих техник.
7. Имитационное поведение.
8. Интерперсональное влияние.
9. Групповая сплоченность.

10. Катарсис.

11. Экзистенциальные факторы.

Хотя мы и рассматриваем все эти факторы по отдельности, они взаимосвязаны друг с другом: ни один из них не существует и не действует сам по себе. Некоторые из этих факторов относятся к самому процессу лечения, в то время как другие могут рассматриваться как его условия. Хотя отдельные лечебные факторы действуют в терапевтических группах всех типов, их взаимодействие в разных группах может протекать по-разному; факторы, являющиеся второстепенными или скрытыми в одних группах, могут оказаться первостепенными или открытыми наблюдению в других. К тому же на пациентов (клиентов) в одних и тех же группах могут воздействовать совершенно разные наборы лечебных (психотерапевтических) факторов. По существу, терапия затрагивает сферу глубинных человеческих переживаний и, следовательно, может осуществляться бесчисленным количеством способов.

Предложенный И. Яломом список лечебных факторов основывался на его клинической практике, на опыте других терапевтов, на впечатлениях пациентов, успешно завершивших курс лечения в группе, на соответствующих системных исследованиях. В то же время Ялом признает, что ни одно из этих оснований нельзя считать бесспорным, а свидетельства руководителей группы и ее членов достаточно объективными, равно как нельзя считать его исследовательскую методику совершенной и применимой для всех случаев.

Групповые терапевты предлагают разнообразные и внутренне противоречивые перечни лечебных факторов. Без всякого сомнения, их можно считать бескорыстными и неангажированными обозревателями. Все они потратили время и силы на то, чтобы добиться определенных терапевтических результатов, и их мнения по тому или иному вопросу в большей степени определяются их собственным опытом. Даже среди терапевтов, разделяющих одни и те же убеждения и употребляющих одни и те же термины, может не быть единого мнения о том, почему у пациентов наступает улучшение. Изучая группы встреч, И. Ялом и его коллеги обратили внимание на то, что многие руководители групп, добившиеся успеха, объясняют его факторами, не имеющими никакого отношения к терапевтическому процессу; например, техникой «горячего стула», или невербальными упражнениями, или непосредственным влиянием своей личности. Ялом пишет: «Но это нас не удивляет — история психотерапии изобилует врачами, которые могли эффективно лечить, но не могли объяснить причины этого. Иной раз у нас, терапевтов, «опускаются руки», настолько остро мы чувствуем, что зашли в тупик. У кого

из нас не было пациента, у которого совершенно необъяснимым образом наступало общее улучшение состояния?» (Ялом, 2005).

Опрашивая пациентов групповой терапии в конце курса лечения, можно получить данные о том, какие лечебные факторы, с их точки зрения, оказали на них наиболее позитивное воздействие, а какие наименее; кроме того, в течение самого курса лечения пациенты могут сообщать нам на каждом занятии о тех моментах, которые показались им наиболее важными. Для получения этих сведений можно использовать метод интервью или любой другой метод сбора данных. Но надо иметь в виду, что оценки пациентов — это субъективные оценки. Разве не будут пациенты отмечать факторы, лежащие на поверхности, и естественным образом, игнорировать запредельные для их понимания сущностные факторы лечения? Разве на их ответы не будут влиять факторы, не поддающиеся нашему контролю? Например, сообщаемые им сведения могут носить печать личного отношения к терапевту или к группе. Исследования показали, что через четыре года после окончания курса лечения бывшие пациенты оказались способными более трезво рассуждать о негативных моментах своего пребывания в группе, чем будучи опрошенными сразу после окончания курса.

Поиски лечебных факторов, которые могли бы стать общепризнанными, затруднены еще и тем обстоятельством, что переживания, которые испытывает пациент в группе, носят весьма личный характер; исследования показали, что одни и те же события, происходящие в группе, разные люди воспринимают и переживают очень по-разному. Какой-либо опыт может быть важным и полезным для одних членов группы, но в то же время бесполезным и даже вредным для других.

Несмотря на это, сообщения пациентов представляют собой богатый и сравнительно неразработанный источник информации. Ялом считает, что, в конце концов, этот опыт принадлежит им и только им, и чем дальше мы отойдем от переживаний пациента, тем более выхолощенными будут наши выводы. Да, существуют факторы, несомненно влияющие на процесс лечения пациента, которые он не в состоянии познать, но из этого не следует, что мы не должны не брать в расчет то, что говорят пациенты.

Кроме мнения терапевта и сообщений пациента существует третий важный подход к определению лечебных факторов: метод систематических исследований. Обычная исследовательская стратегия состоит в соотнесении серий вводимых в терапию переменных факторов и тем, что происходит с пациентом «на выходе». Устанавливая соответствия между вводимыми в терапию переменными факторами и успешным результатом, можно проявить причинно-следственные зависимости и начать описывать лечебные факторы. Но как бы то ни было, исследовательский подход не безупречен. В

нем много своих проблем: измерение того, что происходит «на выходе», не имеет четких критериев, равно проблематичен отбор и измерение вводимых в терапию переменных факторов (обычно точность измерения прямо пропорциональна тривиальности переменного фактора).

И. Ялом использовал все эти методы, чтобы определить лечебные факторы, обсуждаемые им. При этом, Ялом не представлял эти факторы как окончательные; скорее, он предлагал их как некие заготовки, некие направляющие, которые могут быть проверены и развиты другими исследователями. И в тоже время, он пишет: «Со своей стороны я удовлетворен тем, что вывел их на основании лучших из имеющихся в моем распоряжении доказательств и создал основания для эффективного подхода к терапевтическому процессу» (Ялом, 2005).

Коротко остановимся далее на 11 лечебных факторах, выделенных И. Яломом.

1 фактор - *Внушение надежды и укрепление в ней* является решающим лечебным фактором во всех психотерапевтических системах; не только потому, что это позволяет удерживать пациента в группе и, следовательно, лечить его, но еще и потому, что сама вера в исцеление может быть терапевтически эффективной. Исследования показали — чем больше пациент надеется на то, что ему помогут, тем результативнее терапия. Масса задокументированных данных свидетельствуют о том, что эффективность лечения напрямую связана с надеждой пациента на исцеление и его убежденностью в том, что ему помогут.

В каждой терапевтической группе есть люди, стоящие на разных ступенях на пути к выздоровлению. Пациенты длительное время контактируют с членами группы, у которых произошло улучшение. Они также часто сталкиваются с пациентами, имеющими сходные проблемы и достигшими больших успехов в их преодолении.

Ялом замечает, что ему часто приходилось слышать, как пациенты, закончившие курс лечения, говорили о том, насколько важно для них было видеть улучшения, происходившие у других. Групповые терапевты ни в коем случае не должны упускать возможность опираться на этот фактор, периодически обращая внимание пациентов на те улучшения, которые произошли у других членов группы. Нередко бывает так, что участники терапевтической группы сами начинают свидетельствовать перед новыми ее членами о пользе занятий.

Не менее важной является вера терапевта в себя и в эффективность своей группы. Ялом убежден, что может помочь любому пациенту, который обратится к нему за лечением и останется в группе, по крайней мере, в течение шести месяцев. Во время

первой встречи с пациентом Ялом стремится поделиться с ним своей уверенностью и старается передать ему свой оптимизм.

2 фактор – *Универсальность*. Многие пациенты приходят к терапевту очень обеспокоенные мыслями о том, что никто больше не мучается так, как они, что только они одни испытывают страхи, страдают от проблем и неприемлемых мыслей, порывов и фантазий. В этом, конечно, есть доля правды, поскольку многие пациенты имеют свои собственные «наборы» воздействующих на них стрессовых факторов и того, что скрыто у них в подсознании. Их чувство собственной уникальности тесно связано с социальной изоляцией, с трудностями, испытываемыми в межличностном общении, с недостижимостью искренности и раскрепощенности в интимных отношениях. В групповой терапии, особенно на ранних ее стадиях, разубеждение пациента в уникальности его проблем является мощным фактором, способным улучшить его состояние. После того как пациент выслушивает других членов группы и обнаруживает, что он не одинок в своих страданиях, он открывается для окружающего мира, и начинается процесс, который можно назвать «Добро пожаловать к людям», или «Мы все в одной лодке» и т.п.

Ни один поступок, ни одна мысль не могут быть совсем недоступны опыту других людей. Ялом слышал, как члены группы признавались в таких действиях, как инцест, воровство, растрата, убийство, попытка к самоубийству и даже в более ужасных вещах. И видел, что остальные члены группы не зарекались от этого. Еще Фрейд отмечал, что стойкие табу (против отцеубийства и инцеста) были созданы именно потому, что подобные импульсы свойственны глубинной природе человека.

Этот фактор помощи не ограничивается рамками групповой терапии. Универсальность играет роль и в индивидуальной терапии, несмотря на то, что здесь существует меньше возможностей для консенсуса.

Несмотря на сложность человеческих проблем, определенные общие знаменатели, несомненно, существуют, и члены терапевтической группы достаточно быстро находят «товарищей по несчастью». Ялом иллюстрирует это на примере: в течение многих лет он приглашал участников Т-групп, чтобы привлечь их к задаче «высшей секретности». Членов группы просили анонимно написать на листочке свой главный секрет, — то, чем они совершенно не хотели бы делиться с группой. Секреты оказывались поразительно похожими друг на друга: все они относились к одной из двух доминирующих тем. Самый распространенный секрет — глубокое убеждение в своей неадекватности, — ощущение того, что если бы другие знали автора секрета по-настоящему, то им открылись бы его некомпетентность и интеллектуальная несостоятельность. Чуть реже встречается глубокое

чувство отчуждения, люди сообщают, что они не могут по-настоящему заботиться о других людях или любить их. На третьем месте, среди наиболее популярных секретов, стоят различного рода сексуальные секреты, например, страх перед гомосексуальными наклонностями. Та же картина наблюдается у тех, кто относится к категории пациентов лечебных учреждений. Почти всегда переживания пациентов связаны с глубоким беспокойством по поводу чувства собственного достоинства и межличностных отношений.

Универсальность, подобно другим лечебным факторам, не может рассматриваться сама по себе. Поскольку пациенты осознают свое сходство с остальными и разделяют их глубинные переживания, они получают пользу от их поддержки и переживают катарсис

3 фактор – *сообщение информации.*

Сюда можно отнести дидактическую информацию, касающуюся психического здоровья, психических заболеваний и общей психодинамики, полученную от терапевтов, а также советы, внушения, помощь в решении жизненных проблем, предлагаемую как терапевтом, так и другими пациентами. Вообще, когда терапевты или пациенты оглядываются на путь, пройденный ими в группе терапии, они не очень высоко оценивают этот лечебный фактор.

Большинство пациентов к концу успешно пройденного курса интеракционной групповой терапии очень многое узнают о функционировании психики, значении симптомов, о межличностной и групповой динамике и самом процессе психотерапии. Тем не менее такое образование представляет собой достаточно скрытый процесс. Большинство групповых терапевтов не включают направленное дидактическое обучение в процесс интеракционной групповой терапии. Но бывают и исключения из этого правила. Например, Общество Реабилитации изначально было создано в соответствии с учебными подразделениями. Эта независимая организация была основана в 1937 году доктором медицины Абрахамом Лоу и к началу семидесятых годов включала в себя более 1000 действующих групп, которые регулярно посещали свыше 12 000 человек. Членство в этой организации полностью добровольное, туда приходят люди, жалующиеся на всякие психологические проблемы. Руководители набираются из числа членов групп, и, хотя в этой организации профессиональное руководство формально отсутствует, доктор Лоу заложил традицию проведения собраний, на которых вслух зачитываются и обсуждаются отрывки из его учебника «К психическому здоровью через тренировку воли». Психические заболевания объясняются при помощи нескольких простых принципов,

которые должны помнить члены подобных групп. Например, невротические симптомы причиняют страдания, но они не опасны; нервное напряжение усиливает и закрепляет симптомы, поэтому его надо избегать; при помощи свободной воли пациент избавляется от проблем, связанных с нервной системой и т. д.

Группы в пренатальных клиниках и группы в обучающих центрах Корпуса мира также используют дидактическое обучение. Будущим матерям разъясняют психологические основы происходящих у них физических и психологических изменений, объясняют, как проходят роды, стараются рассеять иррациональные страхи и предрассудки и показать, что они беспричинны. Т-группы Корпуса мира часто используют метод «предвосхищающего руководства», когда вероятные стрессы и конфликты, с которыми членам групп придется иметь дело в новой для них культуре, заранее предсказываются и прорабатываются.

Ялом и его коллеги использовали аналогичный тип предвосхищающего руководства для психиатрических пациентов, когда готовили их к вступлению в «новую культуру» — в группу психотерапии. Предупреждая страхи пациентов, формируя у них необходимые когнитивные структуры, они помогли им более эффективно бороться с первоначальным «культурным шоком».

Таким образом, дидактическое обучение используется в различных видах групповой терапии: для сообщения информации, для структурирования групп, для объяснения того, как протекает заболевание. Часто дидактическое обучение служит фактором первоначального объединения людей в группе, пока «не включились» остальные лечебные факторы. В частности, объяснение и разъяснение действуют как полноценные и эффективные лечебные силы. Человек всегда страдал от неопределенности и во все века старался упорядочить свой мир, давая объяснения, прежде всего, религиозные или научные. Объяснение явления — это первый шаг к контролю над ним. Например, Джером Франк, изучая реакцию американцев на неизвестную болезнь (ши-стосомоз), возникшую в южной части Тихого океана, показывает, что вторичная тревожность, возникающая из состояния неизвестности, часто вредит сильнее, чем первичная болезнь. Сходным образом обстоит дело с психиатрическими пациентами: страх и тревожность, произрастающие неизвестно откуда, значимость и серьезность психиатрических симптомов могут настолько осложнить общую картину, что эффективное исследование становится чрезвычайно затрудненным. Таким образом, дидактическое обучение, обеспечивая структурное понимание явления и объяснение, имеет самоценное значение и занимает достойное место в списке инструментов терапии.

В отличие от эксплицитного дидактического обучения (которое может давать терапевт) в любой без исключения терапевтической группе, ее участники дают свои советы. В динамике интеракционной групповой терапии это обстоятельство настолько неизменно присутствует на ранней стадии существования группы, что по нему можно определять ее возраст. Ялом пишет: «Если я просматриваю или прослушиваю записи работы группы, в которой пациенты регулярно говорят: «Я думаю, вы должны...», или «То, что вы делаете — это...», или «Почему бы вам...», — я могу быть уверен, что это молодая группа или это старшая группа, которая столкнулась в своем развитии с определенными трудностями и испытывает временный регресс. Несмотря на тот факт, что наличие советов характерно для ранней стадии развития интеракционной терапевтической группы, я могу припомнить несколько случаев, когда некоторые советы по определенным проблемам оказывались полезными пациентам. Как бы то ни было, когда пациенты что-то советуют друг другу, — не важно что, — у них возникает взаимный интерес и забота, это служит достижению цели. Иными словами, важен не сам совет, а важно то, что его дали» (Ялом, 2005).

Такое поведение, когда активно дают советы или просят их, часто является важным ключом для понимания патологии межличностных отношений. Например, пациент, который постоянно берет у окружающих советы только для того, чтобы отвергнуть их и расстроить при этом других людей, хорошо известен групповым терапевтам как «отвергающий помощь нытик» или «да... но» пациент. Другие пациенты могут спрашивать советы по проблемам, которые в принципе не разрешимы или уже разрешены. Третьи впитывают в себя советы с неутолимой жадностью, но никогда при этом не отзываются на сходные проблемы у других.

В группах другого типа, не ориентированных на интерактивность открыто и эффективно, используются советы и руководство. Например, в группах, где пациенты готовятся к выписке из больницы, Общество Реабилитации и общество Анонимных Алкоголиков предпочитают давать прямые советы. В группах, готовящих пациентов к выписке, могут обсуждаться возможные испытания, поджидающие их дома, и варианты оптимального поведения в таких ситуациях. Общество Анонимных Алкоголиков пользуется специальными советами и короткими запоминающимися лозунгами, например, пациентов просят сохранять абстиненцию только на следующие двадцать четыре часа, только на один день. Общество Реабилитации учит своих членов как «отмечать симптомы», как «исправлять и отслеживать», «повторять и оборачивать», как эффективно применять силу воли.

4 фактор – *альтруизм*. Психиатрические пациенты, которые только начинают курс лечения, деморализованы и глубоко убеждены в том, что они не могут предложить окружающим ничего ценного. В течение длительного времени они считали себя обузой, и когда они обнаруживают, что могут делать для других что-то важное, это восстанавливает и поддерживает их самоуважение.

Несомненно, пациенты в процессе групповой терапии приносят друг другу огромную пользу. Нередко они с большей готовностью слушают и запоминают что-то, исходящее от другого пациента, чем от группового терапевта. Для многих терапевт остается просто тем, кому оплачивают его профессиональные услуги, но другие члены группы, как им кажется, более подходят для спонтанного и искреннего общения, для выражения поддержки. Когда пациент оглядывается на пройденный курс терапии, он всегда высоко оценивает других членов группы, как тех, кто многое сделал для улучшения его состояния, — если не в роли друзей и советчиков, то, по крайней мере, тех, кто позволил пациенту познать свой внутренний мир через их отношение к себе.

Данный лечебный фактор использовался и в других психотерапевтических системах. В первобытных культурах, например, пациенту давали задание приготовить кушанье или сделать что-нибудь другое для сообщества. Альтруизм является важной частью процесса исцеления в католических храмах и святых местах, где пациент молится не только за себя, но и за других.

Ялом пишет, что он знал бывших алкоголиков, которые продолжали свои контакты с обществом Анонимных Алкоголиков годы спустя после излечения; один рабочий сообщил, что он рассказывал историю своего падения и последующей реабилитации, по крайней мере, тысячу раз.

Пациенты не могут сразу оценить этот источник помощи. Совсем наоборот. Многие из них сопротивляются терапевтическому воздействию группы, задавая вопрос: «Как может слепой вести слепого?» Или же они спрашивают: «Что я могут получить от других, так же запутавшихся, как и я? Мы утопим друг друга». Исследования показывают, что пациент в этих случаях на самом деле говорит: «Чем же я таким обладаю, чтобы предложить это кому-либо?» Причина подобного противодействия воздействию групповой терапии заключается в критической самооценке пациента.

Есть и другая, более тонкая, выгода, заключенная в альтруистическом акте. Множество пациентов увязли в болезненном самоедстве, которое приобретает форму навязчивой интроспекции или попыток, скрежеща зубами, «реализовать» себя. Но самореализацию или смысл жизни нельзя обрести внутри себя, своего самосознания, эти качества появляются как следствие выхода человека за свои пределы, когда мы забываем самих

себя и отдаем себя кому-то или чему-то вне нас. В терапевтических группах этому ненавязчиво обучают.

5 фактор - *корректирующий анализ влияния родительской семьи*. Все без исключения пациенты приходят в групповую терапию с историей в высшей степени негативного опыта, приобретенного ими в своей первой и наиболее важной группе — в родительской семье. Группа имеет сходство с семьей во многих аспектах, и многие группы возглавляет дуэт, состоящий из мужчины и женщины, чтобы еще более приблизить конфигурацию группы к родительской семье. Будучи зависимыми от своего искусственно созданного, мира (сформированного в основном в родительской семье), члены группы взаимодействуют с ее руководителями и другими участниками так, как они взаимодействовали когда-то с родителями и другими родственниками. Существуют бесчисленные варианты моделей взаимодействия: пациенты могут быть безнадежно зависимы от руководителей, которых они наделяют сверхзнаниями и силой; они могут на каждом шагу бороться с лидерами, утверждая, что они препятствуют их росту или лишают индивидуальности; они могут попытаться внести раскол между ко-терапевтами, провоцируя споры или несогласие между ними; они могут жестоко конкурировать с другими участниками, пытаясь сосредоточить все внимание и заботу терапевтов на себе. Они могут искать союзников, чтобы попытаться «скинуть» терапевтов; они могут отказаться от своих собственных интересов, якобы бескорыстно заботясь о других членах группы.

Очевидно, что тот же самый принцип действует в индивидуальной терапии. Отличие заключается лишь в том, что группа обеспечивает гораздо больше возможностей для анализа.

Важно не только проанализировать детские семейные конфликты, но и корректно освободить пациента от их влияния. Нельзя допускать, чтобы взаимоотношения в семье становились все более сдержанными, иначе они превратятся в ригидную непроницаемую систему, столь характерную для многих семей. Прежние стереотипы поведения должны постоянно ставиться под сомнение с точки зрения соответствия их реальности, они должны вовремя заменяться на новые, соответствующие реальности, стереотипы. Для многих пациентов работа над своими проблемами совместно с терапевтами и другими членами группы во многом связана с незавершенными в прошлом делами и отношениями.

6 фактор - *Социальное научение* (развитие социализирующих техник). Развитие базовых навыков общения — это лечебный фактор, который действует во всех терапевтических группах, хотя то, какое именно общение эксплицируется, зависит от типа терапевтической группы.

В некоторых группах, например, в группах, готовящих к выписке тех, кто долгое время провел в больнице, а также в юношеских группах, может быть сделан явный акцент на развитии навыков общения. Разыгрываются роли — как подойти к будущему работодателю по поводу работы, как пригласить девушку на танец. В группах динамической терапии вместе с основными правилами поведения пациенты могут получить важную информацию о неприемлемом поведении в обществе. К примеру, они могут узнать о своей дезориентирующей привычке не смотреть в глаза человеку, с которым они беседуют; или они узнают о том впечатлении, какое производит на окружающих их высокомерие, а также о множестве других социальных привычек, которые, если о них не знать, подрывают их социальные взаимоотношения. Для людей, которым не хватает интимных отношений, группа предоставляет первую возможность вступить в полноценное межличностное общение. Например, один пациент, который постоянно включал в свои разговоры бесконечные, сиюминутные, не относящиеся к делу детали, оказавшись в терапевтической группе, понял происходящее с ним с первого раза. Много лет он видел только то, что другие люди или избегали его, или всячески сокращали свои контакты с ним.

Нередко отмечают, что более опытные участники члены терапевтических групп очень хорошо владеют навыками общения. Они настроены на помощь другим людям, они владеют методами разрешения конфликтов, они не расположены судить, но гораздо больше сопереживают и выражают эмпатию. Эти навыки пригодятся им в будущих социальных взаимодействиях.

7 фактор - *имитационное поведение*.

Пациенты во время психотерапии могут сидеть, прогуливаться, разговаривать и даже думать так, как это делают их терапевты. В группе имитационные процессы более смазаны, поскольку пациенты могут брать пример не только с терапевта, но и с других членов группы. Важность имитационного поведения в терапевтическом процессе трудно переоценить, но недавние социально психологические исследования показали, что мы все же недооцениваем их значимость. Бандура, который долгое время утверждал, что социальное обучение не может адекватно объясняться на основании непосредственного подкрепления, экспериментально продемонстрировал, что подражание — это

эффективная терапевтическая сила. Например, он успешно вылечил множество людей, страдавших боязнью змей, только тем, что просил их наблюдать за своим терапевтом, держащим в руке змею. В групповой терапии для пациента является вполне естественным получать пользу, наблюдая за лечением другого пациента со сходным сочетанием проблем, — этот феномен называется «замещающей» терапией, или терапией «наблюдения». Даже если специфическое имитационное поведение вскоре прекращается, оно может помочь человеку «разморозиться», экспериментируя с новыми формами поведения. Дело в том, что для пациентов нормально примерять к себе при помощи терапии что-то от других людей и затем отбрасывать это как то, что вызывает болезнь. Этот процесс может иметь сильное терапевтическое воздействие и облегчать переход от понимания того, что мы несовершенны, к открытию того, какие мы есть на самом деле.

8 фактор - *интерперсональное влияние*.

Интерперсональное влияние, как считает Ялом, является общим и сложным лечебным фактором, который, будучи представлен в групповой терапии, является аналогом таких лечебных факторов в индивидуальной терапии, как инсайт, воздействие через перенос, корректирующий эмоциональный опыт, к нему относятся также процессы, специфические для групповой работы.

Человеку самой природой положено жить в обществе, поэтому он неизбежно сталкивается с противоречием между желанием служить своим собственным интересам и признанием той группы, к которой он принадлежит. Поскольку эта дилемма разрешима, ключевым является тот факт, что личные интересы человека могут быть лучше всего удовлетворены другими людьми.

Искажения в межличностных отношениях имеют свойство самозакрепляться. Индивид, избирательно обращая внимание на определенные вещи, может исказить свое восприятие окружающих таким образом, что человек, воображающий себя униженным, может ошибочно воспринимать окружающих как жестоких, отвергающих его людей.

Искажения, с точки зрения Салливана, могут модифицироваться прежде всего через достижение соглашения, через сравнение интерперсональных оценок одного с оценками других.

Групповая терапия интерперсональна, — и в своих целях, и в своих средствах. Пациенты, проходящие групповую терапию, где-то между третьим и шестым месяцем часто изменяют первоначальные терапевтические цели. Изначальная цель — ослабление страданий — преобразуется и в конце концов заменяется новыми целями, обычно

интерперсональными по своей природе. Эти цели изменяются — от искомого ослабления тревожности или депрессии к желанию учиться общению с окружающими, к стремлению научиться доверять и самому быть честным с ними, к желанию научиться любить.

9 фактор - *групповая сплоченность*.

Сплоченность в широком смысле определяется как «результатирующая всех сил, воздействующих на всех членов группы, направленная на сохранение их в группе», или проще, как «привлекательность группы для ее членов».

Существуют попытки доказать, что самосознаваемый позитивный терапевтический результат связан с привлекательностью индивида для группы. Индивиды с позитивным результатом имели больше взаимно удовлетворяющих межличностных отношений в группе. Позитивный результат у пациента связан с привлекательностью индивида для группы, а также с его популярностью в группе, т. е. факторами, относящимися к групповой поддержке и принятию. Сплоченные группы в любом случае показывают лучшие результаты.

Исследования показывают, что при решении лабораторных задач, группы, повысившие свою сплоченность, получают результаты, которые можно рассматривать как факторы, существенно влияющие на итог лечения. Например, групповая сплоченность проявляется в лучших групповых достижениях, активном участии членов группы, развитой сензитивности участников и многом другом.

10 фактор – *катарсис*.

Катарсис, как всегда предполагалось, играет важную роль в терапевтическом процессе. Открытое выражение аффекта, вне всякого сомнения, жизненно важно для группового терапевтического процесса; без аффектов группа дегенерирует до бесплодной праздной церемонии. Однако, это только один аспект процесса, который должен быть дополнен другими факторами. Интенсивность эмоционального выражения в высшей степени относительна и должна оцениваться не с точки зрения лидера, а с точки зрения участника. Кажущееся безмолвным выражение эмоции, может в случае с крайне застенчивым человеком, представлять собой событие небывалой напряженности и интенсивности.

11 фактор – *экзистенциальный*.

Точнее, в этом разделе представлено несколько тем (факторов): ответственность, базовое чувство одиночества, непредсказуемость, признание своей смертности и принятие ответственности за свою жизнь, заброшенность или непостоянство бытия.

Например, в результате групповой терапии участники поняли, что поддержка и помощь со стороны окружающих не может быть безграничной и постоянной, и что, в конечном счете, всю ответственность за свою жизнь они должны нести сами, в одиночку. Они познали также, что как бы они ни были близки и открыты окружающим, существует предел, за которым никто не сможет сопровождать их: это базовое одиночество существования, к которому надо относиться как к данности и которого невозможно избежать. Многие пациенты научились смотреть в лицо ограниченности существования и своей смертности с искренностью и мужеством.

Примирение с неизбежностью собственной смерти осознание всей глубины этой идеи, позволяет увидеть заботы и хлопоты повседневной жизни в ином свете, позволяет избавиться от всего пустого и никчемного в своей жизни.

Возникает вопрос, как эти факторы, выявленные в групповой психотерапии «лицом к лицу» будут трансформироваться в интернет-среде. Будет ли оказывать влияние способ интернет-коммуникации и каким оно будет?

Можно предположить, что отдельные лечебные факторы также будут действовать в интернет-группах разных типов, но их взаимодействие в этих группах будет протекать по-разному; также как в группах «лицом к лицу», факторы, являющиеся второстепенными или скрытыми в одних группах, могут оказаться первостепенными или открытыми наблюдению в других. Сам способ коммуникации – видеоконференция, чат, форум и т.п. будет предлагать свои нюансы. И интернет, в этом смысле, вносит не только ограничения, но и дает нам новые возможности для изучения терапевтических групповых процессов.

Литература

1. Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: теория и практика. М.: Академический Проект, 2000.
2. Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика. М.: Апрель Пресс, Издательство Института психотерапии, 2005.