

Селивёрстова А.Г.

Психолог-психоаналитик. Групповой терапевт.

Группа – как семья с идентифицированным пациентом

Предлагаю поразмышлять о том, что терапевтическую группу с «проблемным» участником можно рассматривать как семью с идентифицированным пациентом, приходящую на терапию полным составом. В течение групповой терапии таким «пациентом», заявляющим или транслирующим доминирующую проблему, временами становится каждый из участников группы или подгруппа. При этом остальные участники группы, в том числе и терапевты, начинают играть определенную роль, навязанную идентифицированным пациентом и правилами его патологической семейной системы.

Нередко терапевты при возникновении доминирующей проблемы, исходящей от «проблемного» участника, «автоматически» стараются работать с ним или другими членами группы, с которыми эта проблема связана. Однако такая «скорая помощь» часто бывает следствием отреагирования негативных чувств терапевта и его желанием избежать их осознания. Нередко это страх потери контроля и собственной компетенции, ужас из-за невозможности сконтейнировать агрессивные или эротические чувства, безысходность перед обесцениванием или критикой и т.п. Даже если интервенции терапевта окажутся успешными и помогут идентифицированному участнику в разрешении доминирующей проблемы, есть вероятность, что неосознаваемые патологические правила семьи уже бессознательно приняты группой, и она начинает себя вести по этим законам. Поэтому улучшение в состоянии одного участника («элемента семейной системы») тут же трансформируется в ухудшение другого – происходит

естественная компенсаторная групповая динамика (2). Так терапевт может долго бежать за решением все время меняющейся проблемы, как упорный путешественник за постоянно удаляющимся горизонтом.

Если терапевт игнорирует доминирующую проблему и переключает внимание на группу – он уходит от актуальной темы, которая так или иначе продиктована динамикой группы. Т.е. проблема «консервируется».

Или в другом варианте, терапевт попадает в ловушку уже бессознательно принятых группой правил патологической семьи идентифицированного пациента и становится заложником групповой игры. Например, «заработало» семейное правило «не обсуждать острые углы, не говорить о чувствах».

Как же терапевту справиться с такой ситуацией и быть эффективным, т.е. разрешающим сопротивление идентифицированного пациента? Это сопротивление состоит в навязывании группе привычных паттернов, которые участник унаследовал от семейной системы. Возможно такое поведение пациента вызвано страхом или ощущением небезопасности в группе (перед терапевтом, участником или группой целиком) и пациент «цепляется» за привычные защитные механизмы, навязывая группе роль своей семьи, где было пусть и плохо, но безопаснее. Тут вспоминается крылатое выражение из «Алисы в стране чудес» Льюиса Кэрролла: «Нужно бежать со всех ног, чтобы только оставаться на месте, а чтобы куда-то попасть, надо бежать как минимум вдвое быстрее!» Основное, что можно сделать в этой ситуации – это помнить, что группа представляет собой единый организм (1). В этой ситуации, чтобы «перелететь» через сопротивление, надо оставаться на месте и использовать группу для его разрешения. Интервенции должны быть направлены на изучение другими участниками проблемного поведения идентифицированного пациента. И здесь техники бриджинга и присоединения бывают особенно полезными.

Группа имеет свои правила, как осознаваемые, так бессознательные, как установленные терапевтом, так и те, что сложились в ходе собственной динамики группы. Чтобы понять их, терапевтам следует смотреть на все групповые процессы как на сочетание взаимодействий, поддерживающих групповую динамику.

Терапевтам важно отследить хитросплетения взаимодействий, обращать на них внимание и предлагать их для рассмотрения группе. В исследованиях Палаццоли подтверждается тот факт, что если получится найти и изменить одно фундаментальное правило, то патологическое поведение в семье идентифицированного пациента быстро исчезает (2). По моему представлению это фундаментальное правило часто имеет отношение к нарциссической защите одного из участников группы, ставшего идентифицированным пациентом (3). Участник «заражает» своими невыносимыми чувствами других, заставляя группу, как и семейную систему, отреагировать эти переживания, а не исследовать их.

Поэтому терапевту надо, во-первых, позволить себе свободно включиться в неосознаваемые правила своей группы, понять свою роль в предлагаемой системе и те чувства, которые она вызывает. А во-вторых, постараться запомнить все это и предъявить этот психологический срез на супервизию. И может даже не так важно, будет ли в качестве супервизора выступать более опытный коллега или все участники группы. В последнем случае это может подаваться группе как гипотеза или «фантазия» терапевта, которая поможет группе исследовать это фундаментальное правило (патологический паттерн).

Находясь внутри системы, терапевт бывает не в состоянии обнаружить и нейтрализовать патологические паттерны, в том числе потому, что эти сложности могут накладываться на его «слепые пятна». Т.е. фундаментальное правило созвучно неразрешенным конфликтам терапевта. В этом случае терапевт будет пытаться в группе сопротивляться групповой

динамике, например, игнорировать деструктивное поведение участников или отрицать свои переживания. Хорошим выходом из этого затруднения традиционно являются продолжение собственного анализа и максимальное использование интервизий и супервизий. (4) Особенно полезно, когда в рамках супервизии терапевту помогают понять собственные сопротивления, которые обычно связаны с невозможностью принять, контейнировать, отразить «тяжелые» чувства участников или коллеги (в случае ко-терапии).

Так шаг за шагом, меняя патологический паттерн (фундаментальное правило) каждого из участников, группа может постепенно продвигаться по пути прогресса. Сначала изменится неэффективное поведение участников на группе, а потом социальные стереотипы за ее пределами.

Литература

1. Ормонт Л. Групповая психотерапия: от теории к практике: В 2 т. СПб, 1998.
2. Сельвини Палаццоли М., Босколо Л., Чеккин Дж., Прата Дж. Парадокс и контрпарадокс: Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие / Пер. с итал. - М.: «Когито-Центр», 2002. - 204 с.
3. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента: теория, техника. – СПб.: Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2004. – 296 с.
4. Федоров Я.О., Белов Е.Н., Белова Е.Б., Клокова М.В., Шиканова Е.А., Тотем без табу: психоанализ доэдипальных состояний. – СПб.: ООО «ИПК Коста», 2017. – 184с.