

Bojan VARJAČIĆ – RAJKO*

Terapevtski faktorji v psihoterapevtskih skupinah

Ključne besede: skupinska psihoterapija, skupinski proces, terapevtski faktorji

Povzetek: O terapevtskih faktorjih v skupini sta prva govorila Corsini in Rosenberg leta 1955, koncept pa je teoretično in raziskovalno utemeljil Irwin Yalom. Koncept terapevtskih faktorjev je transteoretičen in omogoča raziskovanje psihoterapevtskega procesa znotraj različnih paradigem skupinskega dela. Avtor članka sprva obravnava pojmovanje terapevtskih faktorjev v delu skupinskega analitika Foulkesa. Zatem na kratko opiše zgodovino razvoja koncepta in podrobneje predstavi Yalomove kategorije terapevtskih faktorjev. V drugem delu članka ponudi avtor pregled številnih raziskav, ki se dotikajo naslednjih vprašanj: kateri terapevtski faktorji so na delu v različnih skupinah in različnih fazah razvoja skupine, kakšne so razlike v ocenjevanju faktorjev od terapevtov in pacientov, kako so terapevtski faktorji povezani z izidom zdravljenja. Avtor se na nekaterih mestih spusti tudi v kritično presojo ugotovitev ter metode raziskovanja in podaja osebna razmišljanja, ki temeljijo na njegovi klinični praksi.

Therapy Factors in Psychotherapy Groups

Key words: group psychotherapy, group process, therapeutic factors

Abstract: Corsini and Rosenberg (1955) were the first to speak of therapeutic factors in group psychotherapy, while Irwin Yalom grounded the concept theoretically and in research. Therapeutic factors are a trans-theoretical concept which enables research within various paradigms of group work. The author of the article first presents Foulkes' understanding of therapeutic factors in group analysis. The author then gives a short history of the concept and presents in detail Yalom's categories of therapeutic factors. In the second part of the article the author offers an overview of the research field dealing with the following questions: which therapeutic factors are operative in different groups and different phases of group development; what are the differences in therapist's and patient's evaluation of factors; how are therapeutic factors associated with the outcome of the treatment. The author also critically evaluates research findings and methodology and shares his experiences from clinical practice.

Uvod

Skupinska obravnava je pogosta oblika dela z duševno motenimi osebami v bolnišnicah in izven njih. Skupinsko delo se izvaja tudi za osebe, ki žalujejo, so kronično ali terminalno bolne, so žrtve nasilja ali spolnih zlorab itd. Vsaka skupinska obravnava ima v sebi terapevtske potencialne, vendar pa vsake skupine še ne moremo poimenovati kot psihoterapevtske. Za namene našega članka bomo zato govorili o skupinah, ki omogočajo pomembno komunikacijo z drugimi člani skupine, razkrivanje posameznika, dajanje tehničnih povratnih informacij in raziskovanje skritih in nezavednih aspektov posameznikovih občutkov, vedenja in motivacije.

Osebe, ki obiskujejo skupinsko psihoterapijo, lahko z njeno pomočjo dosežejo izboljšanje ali poslabšanje svojega psihičnega počutja. Slednji izid je redkejši, a ne nezanesljiv (glej npr. Hadley in Strupp, 1976; Mohr, 1995; Roback, 2000). Tako ali drugačno spremembo, ki je nastala zaradi psihoterapije, je objektivno težko meriti. Metodološki zapleti pri merjenju spremembe so raznoliki (glej npr. Kazdin, 1985; Erickson, 1987). Drugi vir informacije o spremembi predstavlja subjektivno pričanje pacientov. Pacienta lahko vprašamo Kaj vam je v skupini pomagalo do boljšega počutja? ne glede na to, ali je pacient dejansko napredoval in ali sploh čuti, da je kaj napredoval. Isto vprašanje si lahko postavi skupinski terapevt, pri čemer ni važno, kateri šoli pripada. S pomočjo tega enostavnega vprašanja pridemo do opredelitve terapevtskih faktorjev (v nadaljevanju TF).

Predpostavimo, da pacientom v skupini določeni procesi pomagajo, drugi pa ne ali pa jim

*BOJAN VARJAČIĆ – RAJKO: SPEC. KLIN. PSIH.; ✉ MLADINSKIH BRIGAD 7, 4000 KRANJ; BOJCUS@YAHOO.COM

celo škodijo. (Meja med obema izidoma je včasih tanka.) V tej luči vidimo terapevtsko delo kot spretno izkoriščanje in spodbujanje terapevtskih potencialov skupine na eni strani, na drugi strani pa kot zaviranje ali refleksijo procesov, za katere je znano, da so potencialno škodljivi. Proces v skupini je torej sestavljen iz dveh pobočij, pri čemer je eno na prisojni, drugo pa na senčni strani. Zaželeno, da terapevt opaza obe strani.

Terapevtske faktorje ne moremo enačiti s tehničnimi pravili vodenja skupine ali teoretičnimi koncepti, ki v določeni teoriji pojasnjujejo psihoterapevtski proces. Psihoterapevti, ki delajo s skupinami in posamezniki, določenim pojavom v psihoterapevtskem procesu seveda pripišejo tudi terapevtsko vrednost, vendar to nima zveze s konceptom TF, kot se je ta ustvaril v skupinski psihoterapiji. Kot primer predznanstvene (a zato nič manj koristne) rabe pojma TF bomo navedli razmišljanja S. H. Foulkesa, očeta skupinske analize.

Terapevtski faktorji v delu S. H. Foulkesa

V svoji knjigi *Therapeutic Group Analyses* (1964) Foulkes večkrat omeni terapevtske faktorje. Loči nespecifične in specifične TF. Prvi so na delu v vsaki skupini, slednji pa se tičejo specifično analitičnega pristopa v skupinah. *Nespecifični faktorji* so podporni in socializirajoči, *specifični faktorji* pa so zrcalna reakcija, igranje vlog in dramatizacija (prav tam: 77). Na drugem mestu v knjigi loči Foulkes splošne faktorje (»bistvene agente«) in specifične faktorje (prav tam: 33–34, 42). *Splošni faktorji* so kot v vsaki individualni psihoterapiji katarza, transfer, ozaveščanje potlačenegega z interpretacijo in analizo obrambnih mehanizmov, uvid ter predelava, v skupini pa so še posebej pomembni faktorji identifikacije, kontraidentifikacije (proces, pri katerem oseba zavzame stališče ali se vede na podlagi razlike do druge osebe) in projekcije. Vendar pa ima skupina še *specifične terapevtske faktorje*, od katerih so najpomembnejši:

- pospeševanje socialne integracije in zmanjševanje izolacije
- zrcalna reakcija
- aktivacija kolektivnega nezavednega; fenomen kondenzatorja
- izmenjava
- aktivacija
- aktivna participacija
- komunikacija

Pojem *zrcalna reakcija* po našem mnenju združuje koncepta projekcije in identifikacije v skupini. Posameznik ugleda v skupini lastne težave in nezavedne vsebine v drugih članih skupine, zato je skupinska psihoterapija učinkovita tudi, če posameznik le poslušša in opazuje, kaj se v skupini dogaja. Včasih je potlačeno lažje prepoznati, ko ga vidimo v drugih in ne neposredno v lastni osebi, v obeh primerih pa pride do procesa ozaveščanja. Ko govori Foulkes o zrcalni reakciji, opiše tudi fenomen »univerzalnosti«, ki je ena ključnih sestavin kasnejšega koncepta TF, čeprav ga sam tako ne poimenuje: »Pacientovo spoznanje, da imajo drugi ljudje podobne morbidne ideje, tesnobe ali impulze, deluje kot močan terapevtski agens, ki še posebej olajša tesnobo in krivdo. To, da tudi drugi ljudje trpijo ali trpijo celo bolj, deluje kot olajšanje« (prav tam: 33).

Pri *fenomenu kondenzatorja* gre za kolektivno nezavedno (globoke plasti simbolov, sanj, običajnih človeških fobij ipd.), ki deluje kot kondenzator. V kondenzatorju se srečajo vsebine več članov skupine, kar olajša pojavitev in predelavo teh vsebin.

Ugotovimo lahko, da uporablja Foulkes pojem terapevtskih faktorjev dokaj nekonsistentno in da znotraj TF ne loči natančno med tehničnimi pravili (npr. analiza obrambnih mehanizmov), teoretskimi koncepti (npr. projekcija) in procesi v skupini (npr. komunikacija). Foulkes seveda ni imel namena biti teoretično dosleden, pač pa je skušal zajeti totalno situacijo v skupini in dejavnike, ki po njegovem mnenju vplivajo pozitivno na skupino in posameznike v njej. Naslednji citat slikovito prikaže Foulkesove poglede na pozitivno moč skupine: (prav tam: 41)

„Po principu kontrasta opazuje [pacient] nenavadne manifestacije pri drugih udeležencih,

proti katerim bi bil njegov prvi impulz, da bi pokazal, kako smešni in nerazumni so, da se mora človek zbrati itd. Najbolj se boji, še posebej nezavedno, kaj bi si drugi ljudje mislili, če bi vedeli o njem. Zdaj je on sam eden teh »drugih ljudi«! Z drugimi besedami, pacient sedi na obeh straneh nevrotičnega konflikta ... Obe strani izkusi tako pasivno kot aktivno. Izkusi tudi spremembo odnosa, ko se pretveza razkrije, popačenje odstrani ali zaplet razreši. Pacient spozna, da izhajajo njegove težave tako kot pri drugih iz konflikta glede osnovnih človeških potreb, ki so vsem skupne, ne le tej dotični skupini, pač pa skupnosti v celem. Pri tem procesu mu je v veliko pomoč, ko krinke drugih ljudi uporabijo iste mehanizme, še posebej obrambne mehanizme kot on sam pa tudi ko uporabljajo povsem druge ... Opisan proces je lahko usmerjen k transformaciji avtistične nevrotične formacije simptomov v artikulirano formulacijo problemov, ki jih je možno deliti in se z njimi družno soočiti. To je precej drugačna pozicija, kot je bila sprva predstavljena: kup pritožb, za katere je posameznik iskal zdravnika, da bi ga ta ozdravil. Izolacijo zamenja socialni kontakt, komunikacija pa je možna tudi glede stvari, ki so bile prej razumljene kot povsem intimne, privatne in skrivne ter nabite s tesnobo, z dvomom in s krivdo. Tekmovalnost se zamenja s sodelovanjem, predstava o mislih drugih ljudi je bazirana na pravih informacijah ter preverjanju s pomočjo iskrene in vzajemne eksploracije. Vraževerje in predsodki se umaknejo uvidu in razsvetljenju ...”

»Optimistično« Foulkesovo pozicijo kritizira skupinski analitik Morris Nitsun (1996). Po Nitsunovem mnenju je Foulkes pretirano poudarjal pozitivne plati skupin, zanemaril pa negativne. Kot primer avtorja, ki je s podobno pristranskostjo opisoval negativne sile v skupini, omeni Biona. Nitsun se zavzema za uravnoteženje obeh pogledov na skupino.

Terapevtski faktorji

Terapevtske faktorje pri skupinski psihoterapiji bi lahko definirali takole: *Terapevtski faktorji so tisti elementi skupinske psihoterapije, ki izhajajo iz medosebne interakcije v skupini in vodijo do izboljšanja počutja posameznikov oz. spremembe v pozitivno smer.* Gre za faktorje, ki pacientom v skupini »pomagajo«. Koncept sodi na področje skupinskega procesa. Za razliko od področja raziskovanja negativnih vplivov ne obravnava posebej vplivov terapevta ali posameznih članov skupine.

Sistematično znanstveno raziskovanje terapevtskih faktorjev se je pričelo v petdesetih letih prejšnjega stoletja. Corsini in Rosenberg sta leta 1955 objavila prvo študijo o terapevtskih faktorjih, ki so na delu v skupinski psihoterapiji. Sestavila sta spisek devetih temeljnih kategorij faktorjev (Yalom, 1995). Od tistega časa pa do sedanjosti je bila opravljena množica raziskav na različnih populacijah in znotraj različnih terapevtskih pristopov. Najtemeljitejši opis in razmislek o terapevtskih faktorjih je podal Yalom, ki je tudi avtor široko uporabljanega vprašalnika terapevtskih faktorjev (*Therapeutic Factors Questionary*). Yalom nam bo služil za osnovo opisa TF, najprej pa bomo pogledali nekaj predhodnih poskusov kategorizacije. Videli bomo, da so si kategorizacije zelo podobne, zato se pri vsaki od njih ne bomo podrobno ustavljali.

Corsini in Rosenberg, začetnika raziskovanja TF, sta leta 1955 objavila študijo, v kateri sta pregledala 300 člankov o skupinski psihoterapiji do tega leta. 175 faktorjev sta razporedila v devet širših kategorij (Yalom, 1995):

1. Sprejemanje
2. Univerzalnost
3. Testiranje realnosti
4. Altruizem
5. Transfer
6. Opazovanje
7. Interakcija
8. Intelektualizacija

9. Ventilacija čustev

Omenjene faktorje, ki predstavljajo gledišče terapevtov, sta nadalje razdelila v tri kategorije glede na psihično področje, ki ga določen faktor izraža: *intelektualno* (univerzalnost, opazovanje, intelektualizacija), *emocionalno* (sprejemanje, altruizem, transfer) in *vedenjsko* (testiranje realnosti, interakcija, ventilacija čustev). Takoj vidimo, da je tovrstna razdelitev faktorjev neupravičena in zelo shematska, saj skorajda vsak od faktorjev zajema vsa tri področja. Nemogoče je na primer reči, da pripada testiranje realnosti le vedenjskemu področju, ne pa tudi emocionalnemu in intelektualnemu.

Dickoff in Lakin (Yalom, 1995) sta leta 1963 preučevala 28 bivših članov dveh izvenbolnišničnih skupin, ki so se v povprečju zbrale enajstkrat. Izločila sta naslednje faktorje:

1. Podpora (redukcija izolacije, univerzalnost, deljenje problemov, učenje izražanja samega sebe)
2. Katarza
3. Orodja za delovanje (razumevanje problemov, uvid v interpersonalno in intrapersonalno sfero)

Leta 1979 je Bloch s sodelavci izdelal spisek TF, ki je zelo podoben najbolj uporabljenemu Yalovemu spisku¹ (MacKenzie, 1987):

1. Razumevanje samega sebe
2. Samorazkrivanje
3. Učenje iz interpersonalnega delovanja
4. Upanje
5. Učenje po vzoru
6. Sprejemanje
7. Univerzalnost
8. Altruizem
9. Katarza
10. Vodenje

Kaplan in Sadock (2000: 4412) sta želela zajeti terapevtske faktorje, ki jih pogosto omenjajo avtorji različnih smeri skupinske psihoterapije: abreakcija, sprejemanje, altruizem, katarza, kohezija, konsenzualna validacija, kontaminacija, korektivna družinska izkušnja, empatija, identifikacija, imitacija, uvid, inspiracija, interakcija, interpretacija, učenje, testiranje realnosti, transfer, univerzalnost, ventilacija čustev. Kot vidimo, je spisek predolg, da se kategorije med sabo ne bi znatno prekrivale.

MacKenzie je leta 1990 podal (Chavez, 2000) zelo praktično in operativno klasifikacijo TF, pri svoji kategorizaciji pa se je naslonil na delo Yaloma in Blocha:

1. Podpora (upanje, sprejetost, univerzalnost, altruizem)
2. Samorazkrivanje (samorazkrivanje in katarza)
3. Učenje od drugih (modelno učenje, učenje s pomočjo opazovanja, vodenje, izobraževanje)
4. Psihološki delovni faktorji (samorazumevanje, interpersonalno učenje)

Preidimo k Yalomovi kategorizaciji TF in njegovemu razumevanju teh. Pričujoči spisek faktorjev je iz leta 1985 in je bil uporabljen v obliki Q-sort metode s šestdesetimi postavkami v študiji dvajsetimi pacientov z nevrotičnimi ali karakternimi težavami, ki so uspešno končali dolgotrajno skupinsko psihoterapijo (povprečno trajanje 16 mesecev) (Yalom, 1995):

1. Altruizem
2. Skupinska kohezivnost
3. Univerzalnost
4. Medosebno učenje – vnos (povratna informacija)
5. Medosebno učenje – izhod (izkustvena dimenzija, iskanje novih načinov interakcije)

6. Vodenje in usmerjanje
7. Katarza
8. Identifikacija
9. Oživitev družinske situacije
10. Razumevanje samega sebe
11. Upanje
12. Eksistencialni faktorji

Od osmih najpogosteje izbranih postavk (izmed 60) jih je 7, ki predstavljajo neko obliko katarze ali uvida, kar potrjuje Yalomovo predpostavko, da je terapija proces, ki sestoji iz čustvene izkušnje in refleksije te izkušnje. Ni torej dovolj, da pacient izrazi neko težko vsebino ali da si dà duška. Če na primer pacientka zajoka ob pripovedovanju o tem, kako si njen oče v otroštvu nikdar ni vzel časa zanjo, je pomembno, da ima možnost refleksije tega. V tem primeru bi pacientka lahko izrazila pretekle in sedanje občutke s tem v zvezi. Iskala bi razloge za očetovo odsotnost in razmišljala o celotni družini. Lahko pa bi tudi razmišljala, kako taka izkušnja vpliva na njen način interakcije z ljudmi (v skupini).

Koncept terapevtskih faktorjev je transteoretičen. Čeprav ga je Yalom utemeljil na podlagi eksistencialne psihoterapije, je to koncept, ki omogoča raziskovanje v katerikoli psihoterapevtski usmeritvi. Kategorije so sicer dokaj dobro definirane, a njihove interpretacije znotraj določenega konteksta so lahko zelo različne in lahko uporabljajo tudi jezik drugih psiholoških paradigem.

Kaj Yalom (1995) pojmuje pod posameznimi faktorji?

Altruizem. Pacientom sta pomembna spoznanje in izkušnja, da so lahko drugim v pomoč. Pacienti, ki so obsesivno introspektivni in iščejo rešitev v poglobljanju vase, imajo možnost, da se usmerijo navzven in pridejo do resnične spremembe, ki je sama introspekcija ne nudi. Pacienti, ki so zelo kritični do sebe, kar se tiče lastne vrednosti, in se doživljajo, kot da so drugim v breme, imajo v skupini možnost izkusiti nasprotno plat sebe in dobiti o sebi drugačno povratno informacijo.

Skupinska kohezivnost. Kohezivnost je v skupini primerljiva z „odnosom“ v individualni psihoterapiji. Kot so pokazale mnoge študije, je prav narava odnosa je tista, ki odloča o pozitivnem izidu individualne psihoterapevtske obravnave. Pacientom je bolj kot narava in šola terapevtove tehnike pri terapiji pomembno, da so deležni toplega, razumevajočega, empatičnega in sprejemajočega odnosa.

Kohezivnost v skupini zajema tako odnos do terapevta kot medosebne odnose pacientov. Faktor kohezivnosti so obsežno raziskovali in ugotovili, da izjemno prispeva k pozitivnemu izidu zdravljenja. Kohezivnost se v raziskavah razume na različne načine, a vsem je skupno pojmovanje, da gre za občutek „skupinskosti“, ki se med drugim kaže v prostovoljni udeležbi, participaciji, vzajemni pomoči in branjenju skupinskih norm in vrednost. Kaže se tudi kot popularnost v skupini, občutek sprejetosti v skupini, privlačnost skupine, medsebojna povezanost, občutek zaupanja, varnosti, zanimanje za druge. Yalom razume kohezivnost kot „... rezultanto vseh sil, ki delujejo na vse člane, da ostanejo v skupini“ ali enostavneje kot „privlačnost skupine za njene člane“ (prav tam: 49). Kohezivnost ni nekaj statičnega, pač pa v življenju skupine niha. Sama po sebi kohezivnost ni le TF, ampak je nujen pogoj za učinkovito terapijo in razvoj ostalih TF. „Biti sprejet od drugih postavi pod vprašaj posameznikovo prepričanje, da je v osnovi odvraten, nesprejemljiv ali neljubljen. Če se posameznik drži skupinskih norm, ga bo skupina sprejela ne glede na njegove ali njene pretekle izkušnje, transgresije ali socialne neuspehe“ (prav tam). Za mnoge paciente ponuja udeležba v skupini edino možnost za človeški kontakt, česar se spominjajo še dolgo po izstopu iz skupine. Pacient ponotranji skupino, nosi jo v sebi in se z njo pogovarja tudi, ko je izven nje. Pacienti pogosto vztrajajo v terapiji prav zato, da ne bi razočarali

skupine. Skupinska pripadnost in sprejetost od skupine igra veliko vlogo v posameznikovem življenju, še posebej v obdobju adolescence, za psihiatrične paciente pa je značilno, da imajo v tem oziru siromašno in slabo izkušnjo, saj morda še nikoli niso bili pomembni člani kake skupine.

V zvezi s kohezivnostjo velja omeniti še prispevke nekaterih drugih avtorjev. Bloch in Crouch (1985, v: de Chavez, 2000) razlikujeta znotraj kohezivnosti tri dimenzije:

- a) kohezivnost kot *duh telesa*, združevanje skupine in skupinska identifikacija;
- b) *sprejetost*, ki reflektira občutek skupnosti, izgubo občutka izoliranosti, toleranco skupine in terapevta do članov skupine in
- c) *podpora*, ki vključuje tako emocionalno podporo kot tudi podporne odnose in skupinsko potrditev oz. zagotovilo [*reassurance*].

Bente Thygesen (1992) loči med *kohezijo* in *koherenco*. Meni, da se kohezija v preveliki meri nanaša le na pozitivne aspekte skupine, kar pa ni nujno tako, saj »... ima lahko premočna kohezivnost negativni vpliv na razvoj skupine in individuacijo posameznikov ter lahko predstavlja oviro terapevtskemu procesu« (prav tam:77). Kohezija se nanaša na fenomene, kot so pripadnost, občutek skupinskosti, biti »mi«, privlačnost skupine za posameznike. Kaže se kot idealizacija skupine, iskanje podobnosti med člani ter zanikanje negativnih elementov v skupini z namenom, da bi se v skupini ohranila iluzija harmonije. Avtorica zato razume kohezijo kot bolj primitivno obliko, ki se tiče skupine, v kateri posamezni elementi niso prepoznani in kjer gre za zlivanje, poudarjanje podobnosti in zavračanje razlik. Koherenca na drugi strani je organizacija posameznih delov v celoto, ki ima svoj pomen, ne da bi posamezni deli izgubili svoje značilnosti. Kohezija služi ohranjanju skupine, koherenca pa razvoju in individuaciji posameznikov. Zrela skupina zmore tolerirati razlike. Avtorica predlaga, da bi zato se med specifične TF vključilo »različnost«.

Roberta H. Slavin (1992) je v svoji raziskavi potrdila, da na raven kohezivnosti med vsemi oblikami razkrivanja v skupini najbolj vpliva »tu in zdaj razkrivanje«. »Če pacienti vztrajajo v komunikaciji le glede dogodkov, ki so se zgodili ali se dogajajo zunaj, se bodo drugi člani počutili izključene in inhibirane. Skupina, ki deluje tako, ne bo razvila občutka za »mi« [*we-ness*] ali kohezije. Zatorej obstaja možnost, da bo taka skupina razpadla. Znotraj »tu in zdaj« skupinske seanse se učijo člani učinkoviteje komunicirati drug z drugim, za razliko od prejšnjih destruktivnih kontaktov, ki so jih imeli s primarnimi družinami ... Slednjič člani skupine razrešijo dilemo, da je razkrivanje, čeprav se zdi ogrožajoče, terapevtsko« (prav tam: 148).

Koncept skupinske kohezije je izjemno praktičen. Upoštevanje pomembnosti in dinamike skupinske kohezivnosti pomaga terapevtu orientirati se v skupini, določiti fazo, v kateri se nahaja skupina in glede na katero oblikujemo naše intervencije, usmerjati intervencije k okrepitvi kohezije ali nasprotno diferenciacije, spodbujati komunikacijo »tu in zdaj« ipd. Kot napovednik uspešnosti skupinske obravnave je od vseh TF najmočnejši faktor prav kohezivnost.

Univerzalnost. »Mnogi pacienti vstopijo v terapijo z vznemirjujočo mislijo, da so edini, ki so ubogi in usmiljenja vredni, da imajo le oni določene zastrašujoče ali nesprejemljive težave, misli, impulze in fantazije« (Yalom, 1995: 7). Občutek posebnosti se še okrepi s socialno izolacijo, saj ti pacienti zaradi motene medosebne sfere nimajo možnosti validacije svojih občutkov. V skupini, še posebej v začetnih fazah, je spoznanje, da temu ni tako, velik vir olajšanja. Pravzaprav ni človeških misli ali dejanj, ki bi bila povsem izven izkušnje drugih ljudi. Yalom je mnogo let prosil udeležence skupin, naj na listek papirja napišejo njihovo največjo skrivnost, tisto, ki bi jo najmanj radi delili s skupino. Skrivnosti so se izkazale za presenetljivo podobne. Najpogostejše je bilo prepričanje posameznikov o neki temeljni neadekvatnosti; občutek, da bodo razkrinkani v svoji igri. Drugi po pogostosti je globok občutek medčloveške odtujenosti. Posamezniki poročajo o tem, da so nesposobni resnično ljubiti ali skrbeti za drugo osebo. Tretja skrivnost zadeva neko vrsto seksualne skrivnosti, pogosto gre za strah pred homoseksualno nagnjenostjo.

Medosebno učenje. Kategorija je razdeljena na dve podkategoriji. »Medosebno učenje—vhod« opredeljuje vpliv povratnih informacij, ki jih pacient dobi od skupine. »Medosebno učenje—izhod« pa označuje pacientovo prakticiranje v skupini in iskanje novih načinov interakcije.

Yalom preučuje široko kategorijo medosebnega učenja z obravnavo nekaterih temeljnih postavk: pomembnost medosebnih odnosov, korektivna emocionalna izkušnja, skupina kot mikrokozmos (Yalom, 1995) in situacija »tu in zdaj« (Yalom, 1983).

V zvezi s pomembnostjo *medosebnih odnosov* se Yalom sklicuje predvsem na delo Bowlbyja in Sullivana. Bowlby je avtor, ki je raziskoval navezanost. Ugotovil je, da je novorojenček opremljen z vedenjskimi vzorci (jok, nasmeh, refleksi oprijemanja, odzivanje na ritem ipd.), ki se sprožijo v interakciji s primarnim skrbnikom in služijo ohranjanju vezi med njima. Če se ta vez poruši, ni ogroženo le dojenčkovo preživetje, ampak tudi njegov čustveni in umski razvoj. Medosebno vedenje je torej v evolucijskem smislu adaptivno. Sullivan je trdil, da je človekova osebnost v celoti produkt interakcije s pomembnimi osebami. »Otrok, ki se razvija, teži k temu, da bi pri iskanju varnosti poudaril tiste svoje poteze, ki naletijo na odobravanje, tiste pa, ki vzbudijo neodobravanje, bo zatrl ali zanikal. Končno posameznik razvije koncept sebe (selfdinamizem), ki temelji na zaznanem odobravanjih pomembnih drugih« (Yalom, 1995: 21). Distorzije v medosebni sferi vodijo k ponavljanju vzorcev vedenja, ki niso adaptivni in sprožajo pri drugih reakcije, ki potrjujejo že izdelan koncept sebe. Depresije na primer ne moremo obravnavati izolirano, ampak jo moramo prevesti v medosebne pojme in obravnavati medosebno patologijo, ki je v ozadju depresije. V skupinah se problem navezanosti in pomembnosti medosebnih odnosov kaže kot zanikanje vpliva in pomembnosti skupine za člane. Po Yalomovi izkušnji taka indiferentnost ne traja dolgo, ampak postane skupina kmalu članom zelo pomembna, četudi v negativnem smislu. »Pacienti ne zapustijo skupine, ker jim je dolgčas« (prav tam: 25).

Pojem *korektivne emocionalne izkušnje* je v psihoanalizo uvedel Franz Alexander leta 1946. Alexander je trdil, da intelektualni uvid ni zadosten za spremembo, ampak je potrebna emocionalna izkušnja, ki se razvija znotraj transferja. Terapevtski okvir omogoča pacientu, da testira realnost svojih pričakovanj in primernost vzorcev odzivanja v odnosu do terapevta, terapevt pa ponuja okolje, v katerem se lahko pacient spopade z emocionalno situacijo, ki je ni mogel razrešiti v preteklosti. Podobno velja za delo v skupini. Ko so pacienti vprašani o nekem dogodku v skupini, ki jim je veliko pomenil, skoraj nezgrešljivo izberejo neki emocionalno nabit dogodek, ki se je zgodil v odnosu do drugih članov skupine, pa naj gre za izražanje pozitivnih ali negativnih emocij. Značilno sosledje dogodkov po takem »kritičnem dogodku« je, da pride najprej do izražanja močnega afekta, ki pomeni za pacienta novo izkušnjo in vzbuja strah pred katastrofalno reakcijo od drugih. Ko se to ne zgodi, je pacient primoran testirati realnost v zvezi z afektom, ali je bil dotičen afekt neumesten ali pa je bilo iracionalno to, da ga ni izrazil že prej. V vsakem primeru pacient odkrije neki neznani ali prej nesprejeti del sebe in odtlej z večjo lahkoto vstopa v odnose z drugimi in bolj poglobljeno raziskuje svoje medosebne odnose. Podobno v skupini učinkuje samorazkrivanje.

Pojem *skupine kot mikrokozmosa* se po mojem mnenju deloma prekriva s konceptom transferja. Skupina predstavlja mikrokozmos, ker člani v njej sčasoma razvijejo podobne ali iste načine komunikacij in stile interakcij kot v zunanjem svetu. Pacient skupini ne more ubežati tako, kot lahko ubeži pred vplivi zunanjega sveta in ima zato v skupini večjo raziskati svoje stile.

Yalom takole povzame vpliv medosebnega učenja: psihiatrična simptomatologija izvira iz motenih medosebnih odnosov. »Vsaka pacientova pritožba mora biti prevedena v medosebne termine in tako tudi obravnavana. Na primer interpersonalna terapija depresije ni bazirana na obravnavi depresije ... Terapevt namesto tega raziskuje spodaj ležečo interpersonalno motenost (pri depresiji je to pogosto pasivnost, odvisnost in katastrofična reakcija na izgubo) ...« (Yalom, 1983: 45). Naloga psihoterapije je, da pomaga pacientu razviti nemotene, zadovoljujoče medo-

sebne odnose. Terapevtska skupina predstavlja mikrokozmos, v katerem je mogoče spoznavanje samega sebe s konsenzualno validacijo (preverjanje in primerjanje lastnega doživljanja z doživljanjem ostalih članov skupine) in opazovanja samega sebe. Člani skupine postanejo pozorni na pomembne vidike svojega medosebnega vedenja: svojih moči, omejitev, vedenja, ki pri drugih sproža negativne reakcije ipd. V skupini naletijo na povratno informacijo, ki je v zunanjem svetu v preteklosti niso bili deležni, saj jim »prizadete osebe« o problematičnih vidikih vedenja niso sporočile zaradi uvidevnosti in upoštevanja socialnih norm. Pacienti postopoma spoznajo, da so sami odgovorni za svoje vedenje in da so le oni tisti, ki lahko napravijo spremembo. Ko se pacienti v skupini izrazijo, naletijo na korektivno izkušnjo in povratno informacijo, po čemer morajo postaviti pod vprašaj svoje notranje modele interakcij. Dejanska sprememba vedenja sproži nov cikel medosebnega učenja. Kar se zgodi v skupini, se odrazi tudi v zunanjem svetu. Tako pride do »adaptivne spirale«, najprej v skupini, potem izven skupine. Ko se motnje v medosebni sferi zmanjšajo, se poveča pacientova sposobnost tvoriti zadovoljujoče odnose. Zmanjša se socialna tesnoba, izboljša se samoocena. Drugi ljudje na tako vedenje reagirajo pozitivno in pacienta v večji meri sprejemajo. Adaptivna spirala opisuje proces, ki je nasproten »začaranemu krogu« (Yalom, 1995).

Yalom (1983) meni, da je osredotočanje terapevta na situacijo »tu in zdaj« pomembno ne le v dolgotrajnih terapijah, ampak tudi v bolnišničnih pogojih. Reševanje zunanjih težav je nerealna naloga za skupino in člani se ob pripovedovanju, ki ne zadeva trenutne situacije, ne počutijo dovolj vpleteni. Interpersonalne odnose lahko raziskujemo v živo, saj posamezniki v skupino prenašajo vzorce komunikacije iz odnosov zunaj skupine. Po drugi strani lahko posameznik tisto, kar je spoznal v skupini, prenese v zunanji svet. Obravnava v »tu in zdaj« poveže člane skupine med seboj in tako prispeva h koheziji skupine.

6. Vodenje. V vsaki skupini pride do tega, da si člani delijo nasvete in iščejo usmeritve za razrešitev svojih težav, čeprav s stališča terapevta tak način interakcije ni spodbujan in je celo nezaželen. Če skupina deluje pretežno na nivoju dajanja nasvetov, smo lahko prepričani, da je na začetni fazi razvoja. Vodenje je eden iz najmanj pomembnih TF v skupini (v raziskavi Yaloma je na 11. mestu po pomembnosti). Kot pomemben se lahko pojavi v začetni fazi skupin. Bolj kot konkretni nasveti so po mojem opažanju pomembni motivi za dajanje nasvetov, saj lahko pacient pri tem začuti sprejetost, naklonjenost drugih, zanimanje zanj ipd.

7. Katarza. Yalom poudarja, da katarza sama po sebi ne prinaša terapevtskega učinka, kar so potrdile tudi mnoge študije. Čeprav je katarza od pacientov pogosto izbrana kot eden najpomembnejših terapevtskih faktorjev, pa v samostojni obliki ni povezana z izidom zdravljenja. Katarza mora nujno spremljati določen kognitivni dejavnik, miselni napor. Golo ventiliranje čustev ne prinese psihične spremembe, ampak lahko pripelje celo do negativne izkušnje. Ko so čustva izražena, jih je treba umestiti v neki medoseben ali zgodovinski kontekst, jih osmisliti in uporabiti za spoznavanje samega sebe. V večkrat omenjeni Yalomovi študiji iz leta 1985 so pacienti znotraj kategorije »katarza« največkrat izbrali trditvi »učenje izražanja čustev« ter »zmožnost povedati, kaj me teži«, kar ne opisuje le dejanja sproščanja, ampak se nanaša na občutek osvobodenosti ter pridobivanje novih spretnosti. Ostale tri trditve opisujejo bolj neposredno sproščanje čustev in so za paciente manj pomembne.

V kolikšni meri Yalom s postavkami vprašalnika dejansko zajame koncept katarze? Postavke, tudi tiste, ki so manjkrat izbrane, se tičejo pretežno verbalnega izražanja čustev in ne zajemajo pglavitnega elementa katarze, ki se skriva v izbruhu, močnem naboju izraženih emocij. Yalomovo pojmovanje katarze se nekoliko pokriva s samorazkrivanjem, s tem pa izgubi element velikega čustvenega tveganja, ki je prisotno v katarzi. V psihoterapiji pomeni katarza osvoboditev potlačenih ali socialno nesprejemljivih emocij, poudarek pa je na prevodu iz nezavednega

v zavedno (glej npr. *Webster's Revised Unabridged Dictionary*, 1996). Takó pojmovana katarza označuje izražanje emocij, ki ni pod kontrolo, je hipno, presenetljivo. V psihološki literaturi zato najdemo opozorila o morebitni škodljivosti katarze (glej npr. Kellermann, 1996). Učinek katarze je odvisen od osebnosti, od tega, kako se čustvo izrazi in ali se čustvo pojavi v zvezi z aktualno, s preteklo ali predvideno situacijo. Impulzivne osebnosti bolj kot katarzo potrebujejo kontrolo emocij, nasprotno pa morda velja za obsesivne karakterje. Vedno pa je treba imeti pred očmi, da katarza ne deluje le osvobajajoče, ampak lahko sproži dodatno tesnobo in ojača že postavljene obrambe. To še posebej velja za izražanje agresije. Na tem področju eksperimentalna literatura ponuja že kar nasprotujoče si ugotovitve. Ali bo izražena agresija znižala ali pa še povečala agresivno vedenje, je odvisno od mnogih faktorjev (glej npr. Pennal, 1975).

Vera v izjemno moč katarze v skupinah se je pojavila v petdesetih letih 20. stoletja, in sicer v t. i. »skupinah srečanj« [encounter groups]. Razmah skupin srečanj je temeljil na kulturi človekovih pravic, pacifizma in eksistencializma, ki jo je prežemalo novo upanje za osvoboditev človeka. Vodje skupin srečanj so v spodbujali procese, ki so sicer lahko koristni (čustvena katarza, samorazkrivanje, popolna iskrenost), a ne, če so hipertrofirani (Yalom, 1995).

Menim, da vodje skupin, ki spodbujajo katarzo, ustvarjajo močno čustveno ozračje in kulturo razkrivanja, ki izloči občutljive posameznike, in tiste, ki se tej kulturi ne podredijo. Terapevt, katerega delo sloni le na spodbujanju izražanja čustev, hitro zapade v avtoritarno, agresivno in manipulativno držo.

8. Identifikacija. Faktor identifikacije je eden od najmanj pomembnih za paciente. Yalom meni, da leži vzrok za to v dejstvu, da postavke v kategoriji v bistvu opisujejo imitacijo (npr. »poskušal sem biti kot neka oseba v skupini, ki je bolj prilagojena kot jaz«), namesto da bi zajele aspekte identifikacije kot npr. opazovanje drugih in učenje od drugih, privzemanje strategij reševanja težav, prevzemanje vrednostnih sistemov drugih ipd. Yalom zaključí, da je imitacijsko vedenje »... prehodni terapevtski faktor, ki omogoča pacientu, da se posledično temeljiteje posveti drugim aspektom terapije« (prav tam: 90).

9. Oživitev družinske situacije. V skupini pričnejo pacienti doživljati in se odzivati drug na drugega tako, kot so se nekoč odzivali na družinske člane. Nekatere skupine vodita moški in ženski terapevt, ki lahko predstavljata očeta in mater, na katera se pacienti specifično odzivajo. Obstaja mnogo različnih vzorcev odzivanja: od močne odvisnosti in podrejanja terapevtoma do upiranja njuni avtoriteti. Pacient lahko tekmuje za naklonjenost terapevtov ali poskuša med njiju vnesti razdor. V skupini lahko najde osebe, ki ga spominjajo na brate, sestre in druge pomembne osebe iz otroštva.

Yalom uporablja tudi poimenovanje »korektivna rekapitulacija primarne družinske skupine«, pri čemer poudarja, da je v skupini mogoča korekcija zgodnjih družinskih konfliktov, ki se sprva kažejo kot rigidni načini interakcije s člani skupine.

10. Razumevanje samega sebe. Yalom priznava, da je kategorija samorazumevanja v njegovem vprašalniku faktorsko najmanj čista. Izkušnja št. 48: »odkrivanje in sprejemanje prej neznanih in nesprejemljivih delov samega sebe« je od pacientov zelo cenjena, medtem ko je le malo cenjena postavka o genetičnem uvidu. Naknadna raziskava postavke 48 je odkrila, da imajo pacienti v mislih predvsem odkrivanje svojih pozitivnih lastnosti. Na osnovi tega sta Rohrbach in Bartels (Yalom, 1995: 86) razdelila uvid v dve kategoriji: samorazumevanje in genetični uvid.

Pri kategoriji samorazumevanja gre za kognitivne aspekte spoznavanja samega sebe. Yalom meni, da imata tako terapevt kot pacient željo po spoznavanju². Pri tem izhaja iz Maslowovega modela motivacije, v katerem ima samospoznavanje in razumevanje sveta pomembno mesto. Yalom vidi pacienta kot nekoga, ki si s pomočjo razumevanja lajša stisko in je ohrabren ob spo-

znanju, da lahko svojo stisko razume in obvlada. Kljub vsemu se Yalom zaveda problematičnosti takega razmišljanja. Vpraša se, ali samospoznavanje res lahko privede do spremembe. Ko govori o spoznavanju, ga razdeli na tri različne procese. Prvi je *efektivnost*, ki zajema željo po obvladovanju in moči; drugi je *varnost*, ki pomeni željo po obvladovanju neznanega s pomočjo razumevanja; tretji je *čista kognicija*, ki pomeni željo po znanju in raziskovanju samo po sebi. Yalom meni, da je čista kognicija tisti proces, ki je najmanj odgovoren za terapevtsko spremembo.

11. Upanje [instillation of hope]. Vzbujanje in ohranjanje upanja je bistveno v vseh psihoterapijah. Zaupanje v terapevtski učinek od terapevta in pacienta dokazano vpliva na pozitiven izid zdravljenja. Pacienti, ki se v skupini nahajajo na različnih točkah kontinuuma obvladovanja—zlom, imajo stalen stik z drugimi pacienti, ki so podobne težave morda že učinkovito rešili (Yalom, 1995).

Kapur (1988, v: Kane, 2006) faktor upanja opiše takole: »Nekateri ali vsi člani katerekoli psihoterapevtske skupine lahko občutijo različne stopnje brezupa, pri čemer se čutijo nezmožne napraviti spremembo v pozitivno smer, njihova prihodnost se jim zdi grozna in brezsmiselna ali pa enostavno čutijo, da so obstali. Biti del skupine in spoznavati, da ostali člani napredujejo zaradi skupinskega dela, lahko spodbudi posameznika, da razvije neko mero upanja in optimizma glede sebe in svoje prihodnosti.«

12. Eksistencialni faktorji. Yalom je to kategorijo TF dodal kot zadnjo in ne brez oklevanja, sploh kar se tiče poimenovanja. Kategorija ne odseva filozofije kakšne od pomembnih eksistencialnih šol, pač pa zajame nekatere bistvene prvine, s katerimi se različne šole ukvarjajo. Naslavljaja izkušnje, ki so jih pacienti pogosto omenjali kot pomembne: odgovornost za samega sebe in svoja dejanja, občutek bazične izolacije, zavedanje smrtnosti, krhkost in samosvojost eksistence. Kategorija se v raziskavah običajno najde med prvo polovico pomembnejših, pri nekaterih populacijah pa je še posebej poudarjena, npr. pri zapornikih in v psihiatričnih bolnicah.

Raziskovanje terapevtskih faktorjev

Kot rečeno, je relativna pomembnost TF odvisna od vrste, trajanja in kraja dogajanja skupine ter populacije pacientov, prav tako pa obstajajo razlike med tem, katerim faktorjem dajejo več pomembnosti terapevti na eni in pacienti na drugi strani.

Bolnišnično in zunajbolnišnično zdravljenje. Yalom (1995) je v svoji študiji TF v *pogojih izvenbolnišničnega zdravljenja* ugotovil naslednjo razvrstitev po pomembnosti: 1) medosebno učenje – vhd, 2) katarza, 3) kohezivnost, 4) razumevanje samega sebe ..., 9) altruizem, 10) oživitve družinske situacije, 11) vodenje, 12) identifikacija.

Med najpomembnejšimi so torej faktorji, ki se tičejo čustvene izkušnje, medosebnega učenja ter samorefleksije, najmanj cenjeni pa so t. i. moralni faktorji ter transferna izkušnja. Podobne rezultate dajejo mnoge druge študije. Yalom obravnava 10 študij in povzame, da so pacientom najpomembnejši: katarza, razumevanje samega sebe, medosebno učenje s povratnimi informacijami ter univerzalnost, mnogo manj pa upanje, vodenje in altruizem. Podobno zaključuje MacKenzie (1987): pomembni so katarza, medosebno učenje s povratnimi informacijami, uvid ter skupinska kohezivnost. MacKenzie šteje te faktorje kot psihološke delovne dimenzije. Te se pomembnejše kot podporni ali moralni faktorji. Videli bomo, da pa so slednji faktorji pomembnejši v bolnicah.

Pacienti v *bolnišničnih pogojih* obravnave kot pomembne najpogosteje omenjajo naslednje faktorje: upanje, eksistencialni faktorji, altruizem, vodenje in katarza. Poleg tega omenjajo bolnišnični pacienti bolj raznolike faktorje kot izvenbolnišnični (Yalom, 1985: 105), kar razume avtor kot posledico večje heterogenosti bolnišničnih pacientov, ki so manj izbrani kot izvenbol-

nišnični. Podobne rezultate je dobil npr. Maxmen (1973 v: MacKenzie, 1987: 28), ki ugotavlja, da bolnišnični pacienti postavijo upanje in altruizem mnogo višje kot izvenbolnišnični. Razlike med obema skupinama je možno pojasniti na konsistenten način: pacienti v bolnici so navadno pod vtisom akutnih stanj, so v večji meri negotovi glede prihodnosti in željni aktivne pomoči ter usmerjanja. Zato cenijo izkušnjo in spoznanje, da še vedno obstaja upanje. Lažje sprejmejo konkretne nasvete in so olajšani, ko vidijo, da so lahko tudi sami drugim v pomoč. Veliko se ukvarjajo z vprašanjem lastne aktivnosti in odgovornosti za pozitiven izid zdravljenja in prihodnost kot tako (eksistencialni faktorji). Na drugi strani so pacienti, ki obiskujejo skupine, ko že niso več hospitalizirani, ali ki morda sploh niso bili v bolnici, bolj selekcionirani, v manjši akutni stiski in zato bolj pripravljeni za psihološko delo na sebi. Običajno so take obravnave tudi daljše kot v bolnici, zato postane pomembna kohezija skupine, ki šele omogoča intenzivno terapevtsko izkušnjo. Pacienti v bolnici niti ne morejo računati na skupinsko kohezijo, saj so skupine preveč odprte, obrat pacientov prevelik in zato vezi med člani skupine manj trdne. Zaradi akutne stiske in manjše zmožnosti za poglobljeno delo na sebi so jim spoznavanje samega sebe, povratna informacija skupine in čustveno izražanje manj blizu oz. jih ogrožajo. Za bolnišnične paciente je najpomembnejše, da se sestavijo in se čim prej postavijo na lastne noge. K temu jim lahko pomaga večja strukturiranost skupinskih srečanj in podporni elementi skupin, šele potem pa je možno bolj intenzivno delo na sebi, če si tega pacient pač želi oz. mu psihično stanje to dovoljuje.

Chavez in sodelavci (2000) so na podlagi Yalomove metode sortiranja terapevtskih faktorjev raziskovali razlike med pomembnostjo faktorjev v dveh skupinah, sestavljenih iz shizofrenih pacientov, bolnišnični in izvenbolnišnični. V bolnišnični skupini so sodelovali pacienti v povprečju na 14 seansah, v izvenbolnišnični pa od 4 mesecev do 5 let, v povprečju pa 104 seans. Rezultati so pokazali, da sta obe skupini pacientov kot najmanj pomembne omenili oživitev družinske situacije, medosebno učenje – vhod ter identifikacijo, kot najbolj pomemben TF pa so videli upanje. Statistično pomembne razlike so se pokazale le pri dveh faktorjih, in sicer so izvenbolnišnični pacienti bolj cenili spoznavanje samega sebe, bolnišnični pa kohezivnost. Zanimivo je, kako avtorji interpretirajo pomembnost kohezivnosti v bolnišnični skupini: »Ker pacienti ne ostanejo dolgo, nimajo veliko časa, zato je razvoj kohezivnosti njihova prioriteta« (prav tam: 262). Logika razmišljanja bi po mojem mnenju lahko bila tudi povsem nasprotna. Ker nimajo časa, jim kohezivnost ne pomeni veliko oziroma se niti ne more vzpostaviti, da bi jo lahko pacienti zaznali kot terapevtski dejavnik. Vendar je rezultat študije na dlani in po našem mnenju presenetljiv. Za verjetnejšo interpretacijo bi morali vedeti več o tem, kaj se je v skupini dogajalo in katere procese so spodbujali terapevti. Menimo, da je v vseh študijah o TF ta vidik tudi sicer povsem zanemarjen. Pacienti namreč lahko ocenijo le tisto, kar se je v skupini pojavljalo, to pa je v mnogo čem odvisno od dejavnosti terapevta.

Pomembnost »upanja« pri obeh skupinah je moč razumeti, upoštevajoč, da gre za paciente s kroničnim stanjem—shizofrenijo, pri katerih je vprašanje upanja prisotno praktično vse življenje. »Upanje« je tudi faktor, ki je značilnejši za bolnišnične paciente, kar je povsem razumljivo. Duševni zlom in hospitalizacija sta za mnoge paciente travmatična izkušnja, po kateri navadno le počasi okrevajo. Veliko jim pomeni, če imajo v skupini paciente, ki so pri zdravljenju dosegli napredek.

Faktor upanja pa je pomemben tudi za osebe s sindromom odvisnosti od alkohola. V začetku si pacienti težko predstavljajo, da so zmožni premagati odvisnost, imajo pa priložnost opazovati in slišati uspešne posameznike, ki se bližajo odpustu. To razliko lahko terapevti spretno izkoristijo.

Terapevtski faktorji in funkcioniranje pacientov. Slabše funkcionirajočim pacientom je pomembnejša aktivnost terapevta, podpora in spoznanje, da imajo drugi ljudje podobne težave, medtem ko je boljše funkcionirajočim pacientom pomembno medosebno učenje in doseganje

globljega uvida (Yalom, 1995: 110). Zato je smiselno, da terapevt v skupini spodbuja različne TF glede na sposobnosti pacientov. Razkrivanje, analiza konfliktov in konfrontacija niso primerne tehnike za paciente v akutni stiski. Enostavno rečeno: »Je čas za sestavljanje in čas za razstavljanje.«

Terapevtski faktorji in faze razvoja skupine. Yalom ugotavlja, da je pacientom večkrat težko izbrati TF, ki so jim pomagali, saj naj bi bilo to odvisno od faze skupine, v kateri so. V zgodnji fazi, ko se skupina ukvarja z ohranjanjem članstva in ustvarjanjem meja, so pomembni upanje, vodenje in univerzalnost. Altruizem je pomemben v vseh fazah, le da na začetku poprime obliko sugestij, kasneje pa gre bolj za izražanje skrbi in način, kako biti skupaj z drugimi. Podobno deluje kohezivnost sprva v obliki skupinske podpore, sprejetosti in promocije obiskovanja skupine, kasneje pa vpliva z medsebojnimi povezavami na samopodobo skupine in članov ter ima večjo vlogo pri medosebnem učenju. Šele ko je kohezija vzpostavljena, lahko pričnejo pacienti s samorazkrivanjem in si dovolijo izražanje konfliktov. Butler in Fuhriman (1983, v: MacKenzie, 1987: 30) sta ugotovila, da pacienti dlje, kot so v terapiji, bolj cenijo kohezivnost, samorazumevanje in medosebno učenje.

Freedman in Hurley (1980, v: Yalom, 1995) sta v svoji študiji ugotovila, da je faktor katarze bolj cenjen v poznih kot v zgodnjih fazah skupin. Izražanje čustev krepi tudi skupinsko kohezivnost.

Reddon in sodelavci (1999, v: Roy et al, 2005: 110) so ugotovili, da faktor »upanje« upada s trajanjem oz. starostjo skupin. Kivlighan in Goldfine (prav tam) sta identificirala določene značilnosti prvih treh faz razvoja skupine. Univerzalnost in upanje dominirata v prvi fazi (angažma), pomembnost katarze in vodenja narašča s časom in doseže vrh v tretji fazi skupine (individuacija). Sprejemanje oz. kohezija je pomembna v prvi in tretji fazi razvoja skupine.

Med fazami skupine in TF ne more biti ugotovljenih enoznačnih povezav, saj se, kot poudarja Yalom, faktorji med seboj prepletajo in se v doživljanju pacientov s časom kvalitativno spreminjajo. Pogosto npr. opazamo, da v skupinah na začetku pogosto pride do hitrega razkrivanja, ki pa ima povsem drugačno vrednost kot samorazkrivanje, ki se zgodi, ko sta občutek zaupanja in varnosti v skupini močnejša. Prezgodnjemu razkrivanju navadno sledi hiter umik vase, ki lahko celo upočasni razvoj osnovnih elementov skupine – skupinske kulture, norme, kohezije.

Terapevtski faktorji v skupinah za samopomoč in drugih oblikah skupinskega dela. Raziskave kažejo, da različne specializirane skupine glede na svojo namembnost spodbujajo in cenijo različne TF (Roy et al, 2005).

Yalom piše, da bi bilo na skupinah anonimnih alkoholikov smotno spodbujati faktorje upanja, informiranja, univerzalnosti, altruizma in aspekte skupinske kohezivnosti (Yalom, 1995: 106). Roy in sodelavci (2005) so preučevali pomembnost TF v skupini za moške, ki so nasilni v družini, in sicer na začetku skupinskega dela. Ugotovili so, da je najpomembnejše razumevanje samega sebe, najmanj pomembna pa oživitev družinske situacije. Avtorja zaključita, da »... rezultati kažejo, da nasilni moški na začetku skupinskega procesa poudarjajo kognitivne vidike, ki ustrezajo procesu samorazumevanja in zavedanja njihove težave, medtem ko se kažejo interaktivni in emocionalni aspekti skupinske izkušnje kot manj pomembni« (prav tam: 123). Ugotavljajo tudi, da so si pacienti zelo različni pri izbiri TF in da je zato rezultate težko posplošiti na celo skupino. Magen in Glajchen (1999, v: Roy et al, 2005: 127) sta preučevala TF v skupinah za samopomoč za osebe z rakom. Kot najbolj pomembni so se izkazali kohezivnost, eksistencialni faktorji, upanje, altruizem in univerzalnost. Visoko mesto eksistencialnih faktorjev je možno pojasniti s tem, da se bolniki z rakom veliko ukvarjajo s tematiko smrti.

Študija Macaskila iz leta 1982 (v: MacKenzie, 1987: 28) je odkrila, da so pacienti z mejno osebnostno motnjo izbrali v skupini faktorje uvida, altruizma, upanja, katarze in eksistencialne

faktorje. MacKenzie zaključí, da so vsi ti faktorji povezani s selfom in odražajo narcistično jedro patologije. Mejno strukturirani pacienti v tej študiji so medosebne faktorje dejansko uvrstili na zadnja mesta pomembnosti.

Razlike med pacienti in terapevti v videnju dejavnikov, ki pomagajo pri psihoterapiji.

Yalom piše: »Kaj napravi terapijo uspešno? Čeprav so v to vključeni mnogi faktorji, je *sine qua non* učinkovitega terapevtskega izida ustrezen terapevtski odnos. Najboljše raziskave v veliki večini potrjujejo zaključek, da na uspešno terapijo vpliva odnos med terapevtom in pacientom, za katerega so značilni zaupanje, toplina, empatično razumevanje in sprejemanje. Dalje, že pred časom je bilo ugotovljeno, da je kvaliteta odnosa neodvisna od šole in prepričanj vsakega posameznega terapevta. Izkušeni in učinkoviti kliniki iz različnih šol (adlerjanske, freudovske, nedirektivne, gestalt, transakcijsko analitične, skupine srečanj) so si podobni (in se razlikujejo od nestrokovnjakov na svojem področju) v videnju idealnega terapevtskega odnosa in naravi odnosa, ki ga sami ustvarjajo s pacienti« (1995: 49).

To velja tudi za bolj strukturirane in mehanične smeri psihoterapije kot npr. vedenjska in sistemsko usmerjena psihoterapija. Pacienti, ki so hodili k psihoterapevtom različnih šol, pripisujejo izboljšanje podobnim faktorjem (Yalom, 1995: 102). Raziskave, ki jih povzema Yalom, so bile opravljene v zvezi z individualno psihoterapijo. Študija Liebermana in Yaloma (1971) pa je bila opravljena v skupinah srečanj. Ugotovili so, da pripadnost terapevtov določeni ideološki šoli ni imela skoraj nobene zveze z dejanskim vedenjem v skupinah. Avtorji so izoblikovali tipologijo stila vodenja skupin. Izkazalo se je, da se lahko v eno in isto skupino uvrstijo terapevti popolnoma različnih pristopov.

Omenimo še nekaj izsledkov iz individualne psihoterapije. Schaffer in Dreyer (1982, v: Yalom, 1995: 102–103) sta preučevala 100 pacientov v akutnem stanju in njihovih 30 vedenjsko usmerjenih terapevtov in sta našla pomembna razhajanja v omembi terapevtskih faktorjev. Terapevti so podcenili altruizem, vodenje, samorazumevanje in univerzalnost ter precenili katarzo, učenje po modelu ter vedenjsko eksperimentiranje. Bloch in Reibstein (1980, prav tam: 103) sta ugotovila, da terapevti manj kot pacienti cenijo upanje in učenje od drugih in da bolj kot pacienti cenijo medosebno učenje in kohezivnost. Feifel in Eells (prav tam) sta preučevala paciente in njihove analitično usmerjene terapevte in odkrila, da pacienti pripisujejo uspeh terapije odnosnim faktorjem, terapevti pa tehničnim spretnostim. Študija Blainea in McArthurja (1958, prav tam) je postregla s prav šokantno ugotovitvijo: terapevti so kot faktor uspeha omenjali predvsem prevajanje nezavednega v zavedno in povezavo med otroškimi izkušnjami ter aktualnimi simptomi, pacienti pa so zanikali, da bi se kaj takega v terapiji sploh dogajalo. Cenili pa so osebne elemente terapije, sprejemajočo figuro avtoritetnega terapevta ter spremembo v videnju sebe in drugih.

Vostanis in O'Sullivan (Vostanis in O'Sullivan, 1992) sta preučevala razlike v TF med študenti v treningu psihoterapije in njihovimi terapevti. Študenti so ocenili 6 faktorjev pomembno nižje kot terapevti. Avtorja zaključita, da je ena pglavitnih značilnosti študentov v tem, da jim je težko sprejeti pacienta v sebi. Za razliko od »običajnih« pacientov, ki so bili tudi vključeni v študijo, študenti ne cenijo »univerzalnosti« in doživljajo skupino bolj kot možnost za pridobitev lastne izkušnje, ki jim bo v pomoč pri bodočem delu. Avtorja dopuščata možnost, da bi študenti ocenjevali TF drugače v kasnejši fazi skupine.

Terapevtski faktorji in izid zdravljenja. Ali so terapevtski faktorji, ki jih izberejo posamezniki v skupini, kot tisti, ki so jim pomagali pri doseganju boljšega počutja in spremembe, tudi dejansko povezani z ugodnim izidom? MacKenzie (1987) omenja študijo Liebermana in sodelavcev (1973), v kateri so člani skupin srečanj izbrali kot pomembne faktorje univerzalnosti, povratne informacije ter vodenja. Ko pa so faktorje primerjali s pozitivnim izidom, so se kot delujoči faktorji pokazali povratna informacija, učenje od drugih in uvid—t. j. kognitivni faktorji.

To kaže, da zaznava in doživljanje pacientov, kaj je pozitivno v skupini, ter dejansko pozitivno delovanje faktorjev nista nujno povezana med sabo. To spoznanje je pomembno za klinično prakso, ki po našem mnenju ne sme pristati na to, da bi psihoterapevti enostavno spodbujali tiste procese v skupini, ki jih odobravajo pacienti.

Zaključek

Koncept terapevtskih faktorjev odpira eno od oken v zapleteni psihoterapevtski proces. Kot smo lahko videli, sta zaznavanje TF in njihova pomembnost za paciente odvisna od različnih faktorjev. Menimo, da bi k še večji jasnosti raziskav lahko prispeval manjši metodološki dodatek: pacienti namreč ocenjujejo pomembnost TF tudi na podlagi tega, kaj se je v skupini dejansko dogajalo, to pa je spet v veliki meri odvisno od terapevta. Če ta spodbuja samorazumevanje, zavira pa dajanje nasvetov ali opogumljanje drug drugega, se bo to poznalo tudi pri pacientovi izbiri TF. Paciente bi bilo torej treba pred oceno TF še vprašati, v kakšni meri se je nek proces v skupini dogajal. Vsekakor pogrešamo slovenske raziskave TF in upamo, da se bodo v prihodnosti morda pojavile.

Množica ugotovitev s področja TF ponuja skupinskemu terapevtu dobre orientacijske točke za razumevanje procesa v skupini, za prilagajanje obravnave značilnostim pacientov, ponuja pa tudi orodje za intervencije, ki izkoristijo notranje potenciale skupine. □

Literatura

- Erickson, R. C. (1987). The Question of casualties in Inpatient Small Group Psychotherapy. *Small Group behaviour*, Nov.
- Foulkes, S. H. (1964). *Therapeutic Group Analysis*. London: George Allen & Unwin.
- Gonzales de Chavez, M., Guitierrez, M., Ducaju, M., Fraile, J. C. (2000). Comparative Study of the Therapeutic Factors of Group Therapy in Schizophrenic Inpatients and Outpatients. *Group Analysis*, 33.
- Hadley, S. W., Strupp, H. H. (1976). Contemporary Views of Negative Effects in Psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 33 (Nov.).
- Kane, S. (2006). *Group dynamics and the role of the facilitator, Part 1*. <http://www.scottishirishhealthcare.com/?article+155>
- Kazdin, A. E. (1985). *Assessment and Design Prerequisites for Identifying Negative Therapy Outcomes*. V D. T Mays, C. M. Franks (ed.), *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it* (str. 231–248). New York: Springer.
- Lieberman, M. A., Yalom, I. D. (1971). A Study of Encounter Group Casualties. *Archives of General Psychiatry*, 25 (July).
- MacKenzie, R. K. (1987). *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. A Contemporary View*. Group, 11 (1).
- Mohr, D. C. (1995). Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, (1).
- Nitsun, M. (1996) *The Anti-Group: Destructive Forces in the Group and their Creative Potential*. London and New York: Routledge.
- Roback H. B. (2000). Adverse Outcomes in Group Psychotherapy: Risk Factors, Prevention and Research Directions. *Journal for Psychotherapeutic Practical Research*, 9, 113–122.
- Roy, V., Turcotte, D., Montminy, L., Lindsay, J. (2005). Therapeutic Factors at the Beginning of the Intervention Process in Groups for Men who Batter. *Small Group Research*, 36 (1).
- Slavin, R. L. (1993). The Significance of Here and Now Disclosure in Promoting Cohesion in Group Psychotherapy. *Group*, 17 (3).
- Thygesen, B. (1992). »Diversity« as a Group-specific Therapeutic Factor in Group-analytic Psychotherapy. *Group Analysis*, Vol. 25. London: Sage.
- Vostanis, P., O'Sullivan, O. (1992). *Evaluation of Therapeutic Factors in Group Psychotherapy by Thera-*

pists in Training. Group Analysis, Vol. 25. London: Sage.

Yalom, I. D. (1983). *Inpatient Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Yalom, I. D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Kaplan, B. J., Sadock, V. A. (2000) *Comprehensive textbook of Psychiatry*, 7th ed. Lippincott Williams and Wilkins Publishers.

Kellermann, P. F. (1996). *Interpersonal Conflict in Group Psychotherapy: An Integrative Perspective. Group Analysis, Vol. 29. London: Sage.*

Pennal B. E. (1975). *Agression and Catharsis*. <http://home.alltel.net/billpen/Aggress.htm>

OPOMBE

¹BLOCH JE ZDRUŽIL DVE VALOMVI INTERPERSONALNI KATEGORIJI V HODINIZHOD VENO »IDENTIFIKACIJO« JENADOMESTILSKATEGORIJO »MODELNOUČENJE« TO JE PODOBEN KONSTRUKT. LEDAMO ČNE JE POU DARJANOTRANJI PSIHOLOŠKIVIDIK DODALJE KATEGORIJO »SAMORAZKRIVANJA« VSEBINSKIVIDIK KIGAJE LOČILOFAKTORJA »KATARZA« ČUSTVENIVIDIK IN ODSTRANILKATEGORIJO »EKSTENCIALNO« TER »OŽIVITEV DRUŽINSKE SITUACIJE« KERNIŠTEL DAVPLIVATA POZITIVNO IN KER NE USTREZATA DEFINICIJI TF.

²STALIŠČE DA ČLOVEK TEŽIKSAMOSPOZNAVANJU JE ZNAČILNO ZAHUMANISTIČNO PSIHOLOGIJO IZKATERETUKAJIZHAJALOM-SKOZIOČIPSIHOANALIZE IN UPOŠTEVAJE KLINIČNOIZKUŠNJO TAKTRDITEV NEMOREBITISAMOMEVNA-NELE DAJE PRI PACIENTIH STALNONAVZOČODPOR DOSPOZNAVANJA TEMVEČ JE ZANEKATERE PACIENTESAMOSPOZNAVANJE NEKAJ ČESAR SOZMOŽNILE VOMEJENIMERIINKARTEŽKORAZUMEJOKOTSMISELNO TOLAHKOOPAŽAMONA PRIMER PRI NEKATERIH PACIENTIH Z DIAGNOZO IZ KROGA PSIHOZ.