

Paweł Glita, Katarzyna Starowicz

PSYCHOTERAPIA MŁODZIEŻY W WIEKU GIMNAZJALNYM

GROUP PSYCHOTHERAPY OF ADOLESCENTS (FROM 13 TO 16 YEARS)

Krakowski Ośrodek Terapii
Dyrektor: mgr Iwona Kozłowska-Piwowarczyk

adolescence
group psychotherapy

Autorzy przedstawiają pracę terapeutyczną z grupą młodzieży w wieku gimnazjalnym. Psychoterapię grupową prowadzono w warunkach ambulatoryjnych, w oparciu o paradygmat psychodynamiczny. W artykule zwrócono m.in. uwagę na proces formowania się grupy, proces terapeutyczny oraz zjawisko przeniesienia i przeciwprzeniesienia.

Summary: This article describes group psychotherapy for adolescent patients from the age of 13 to 16. It contains both descriptions of theoretical approach (psychodynamic) to this form of therapy and the author's own experiences over a period of three years. Issues like therapeutic goals, the diagnostic approach, the qualification criteria, the therapeutic process, transference and countertransference are discussed and conclusions made.

I Uwagi wstępne

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie psychoterapii grupowej młodzieży w wieku gimnazjalnym (13–16 lat), która odbywała się w Krakowskim Ośrodku Terapii w latach 1999–2002. Opisane zostaną trzy grupy młodzieży: dwie młodsze (13–14 lat, I klasa gimnazjum i VIII klasa szkoły podstawowej) i jedna starsza (14–16 lat, II i III klasa gimnazjum). Podjęta zostanie także próba teoretycznego ujęcia takiej formy terapii, a także zaprezentowania jej jako pewnej propozycji grupowej pracy z młodzieżą w warunkach ambulatoryjnych.

Tylko niewielka część literatury poświęconej psychoterapii młodzieży dotyczy form psychoterapii grupowej [1, 2, 3], z czego w większości są to prace omawiające grupy prowadzone w warunkach oddziału psychiatrycznego. Ważne wydaje się wobec tego pytanie o miejsce psychoterapii grupowej w warunkach ambulatoryjnych, o jej możliwości, ograniczenia oraz skuteczność.

Prowadzenie grupy oparto na paradygmacie psychodynamicznym. Jest to o tyle war-
te podkreślenia, że taka podstawa pracy jest stosowana raczej rzadko w psychoterapii młodzieży, zarówno w terapii grupowej, jak i indywidualnej. Zazwyczaj przyjmuje się jakąś formę eklektyzmu, z przewagą koncepcji humanistycznych [por. 3] lub Gestalt. Przytaczanych jest zazwyczaj kilka powodów, dla których terapie o rodowodzie analitycznym nie nadają się do psychoterapii młodzieży. Jednym z nich jest wczesny pogład

Freuda mówiący o emocjonalnej niestabilności młodzieży w zawiązywaniu relacji, a także skłonności do natychmiastowego odreagowywania emocji w działaniu (acting out), co uniemożliwia zawiązanie długotrwałej relacji przeniesieniowej, stanowiącej warunek terapii o typie analitycznym [4]. Podkreśla się ponadto niewykształconą do końca zdolność do symbolizacji emocji, a co za tym idzie nieskuteczność lub niekorzystność interwencji typu klaryfikacji lub konfrontacji, z integracją których adolescent nie może poradzić sobie tak jak osoba dorosła. Wszystkie te powody są istotne i bierzemy je pod uwagę, jednakże mówiąc o podejściu psychodynamicznym w mniejszym stopniu odnosimy się do rodzaju preferowanych interwencji terapeutycznych, takich jak klaryfikacja, konfrontacja czy interpretacja (choć ich nie wykluczamy), a w większym do określonego *sposobu rozumienia* i jego wpływu na istotne elementy pracy terapeutycznej. Są to przede wszystkim: kryteria doboru członków grupy, podejście diagnostyczne i rozumienie problemów młodzieży, formułowanie celów psychoterapii dla poszczególnych pacjentów (co jest zawsze związane z określoną koncepcją rozwojową oraz rozumieniem normy i patologii w odniesieniu do tej grupy wiekowej), przede wszystkim zaś rozumienie zjawisk zachodzących w trakcie procesu terapeutycznego — faz rozwoju grupy, specyficznych dla tego wieku przeniesień i przeciwprzeniesienia ze strony terapeutów, oporu, relacji pomiędzy terapeutami itd. (dalsza część artykułu będzie prezentować naszą pracę zgodnie z tym schematem). Stoimy na stanowisku, że proces rozwojowy (lub jego elementy) jest zjawiskiem uniwersalnym, występującym nie tylko w psychoterapii, ale w każdej, względnie ustrukturyzowanej grupie, a jego rozumienie i umiejętne wykorzystywanie jest niezwykle ważnym i skutecznym środkiem terapeutycznym. Wykorzystanie dynamiki grupowej w procesie terapii o charakterze krótkoterminowym (ok. 30 spotkań) wymaga jednakże tego, aby była to grupa zamknięta.

Przedstawiony przez nas opis będzie zawierał zarówno przykłady konkretnej pracy terapeutycznej, jak i wnioski i refleksje będące wynikiem superwizji i opracowania teoretycznego.

II Ogólne założenia grupy i charakterystyka okresu rozwojowego

Tworząc grupę młodzieżową braliśmy pod uwagę specyfikę tego okresu rozwojowego, jak również funkcjonowanie nastolatków w określonym systemie edukacyjnym. Wprowadzone w 1999 roku gimnazja stworzyły nową sytuację, również w sensie psychologicznym. Korzystną stroną tych zmian jest mniejsza rozpiętość poziomu rozwoju fizycznego uczniów z jednej szkoły [5], choć jest ona często niwelowana przez fakt, że gimnazja współistnieją w jednym budynku ze szkołami podstawowymi. Inną korzystną zmianą jest przesunięcie do ok. 16 r.ż. decyzji o wyborze zawodu i dalszej drogi edukacyjnej [6]. Oprócz typowych, niekorzystnych dla zdrowia psychicznego adolescentów, czynników związanych ze szkołą (przeładowane programy nauczania, dyscyplina rozumiana jako hamowanie zdrowej spontaniczności nastolatków, agresja pośród uczniów i inne [5]), występowały także trudności specyficznie związane z gimnazjami. W grupach młodszych problemem była na początku przede wszystkim konieczność adaptacji do nowych warunków i „znalezienia się” w grupie szkolnej, w starszych zaś — sposób przeżywania trudności i niepowodzeń szkolnych, stres związany z egzaminami kompetencyjnymi, a także konieczność wyboru nowej szkoły i opuszczenia klasy w momencie, kiedy nierzadko po raz pierwszy na dobre

się ona zintegrowała.

Już w trakcie prowadzenia pierwszej grupy okazało się (częściowo ku zaskoczeniu terapeutów), że możliwe jest osiągnięcie znacznie bardziej dalekosiężnych celów. Niejako automatycznie konieczne stało się dalsze przeformułowanie charakteru grupy z psychoedukacyjno-wspierającej na grupę o znacznie większej liczbie elementów stricte terapeutycznych.

Mówiąc w wielkim skrócie, rozwojową kwintesencją adolescencji jest głównie konfrontacja z dwoma wyzwaniami rozwojowymi: separacją od rodziców i popędowością, które przy niekorzystnym ich rozwiązaniu mogą stać się podłożem poważnego kryzysu rozwojowego [7]. Pacjenci gimnazjalni znajdują się w pierwszej fazie adolescencji, kiedy procesy te i fantazje tego typu dopiero zaczynają się aktywizować. Najważniejszym zadaniem rozwojowym tego okresu jest według schematu rozwojowego Eriksona zdobycie wyraźnego poczucia tożsamości — zarówno w sensie uzyskania wyraźnych granic, oddzielających jednostkę od innych ludzi, jak i funkcjonowania w różnych rolach [6]. Obok ról społecznych (np. roli ucznia) najważniejsza jest tutaj rola (identyfikacja) płciowa [7, 8, 9]. Jest ona związana z zachodzącymi w niezwykle tempie zmianami biologicznymi, a co za tym idzie z koniecznością zmiany obrazu samego siebie (self). Psychoanalicy szczególną rolę przypisują tu nie tylko zmianom w emocjonalności (postrzeganie siebie jako odrębnych od rodziców bez przeżywania poczucia winy, utrata ich obrazu jako „idealnych”), lecz również zaakceptowaniu zmienionego, seksualnego ciała oraz ukształtowaniu się dojrzałych, genitalnych sposobów zaspokojenia seksualnego (zainteresowanie płcią odmienną, zaakceptowanie fantazji, przeżyć i odczuć seksualnych, masturbacja, o ile nie ma charakteru kompulsywnego, a w późniejszym wieku inicjacja zachowań seksualnych). Niemożność zintegrowania tych treści lub uruchomienie, niekorzystnych, nierozwojowych mechanizmów obronnych (np. silnej regresji) wiąże się z tzw. załamaniem rozwojowym, z konsekwencjami takimi jak np. epizod psychotyczny czy próby samobójcze [7].

Ze względu na problematykę identyfikacji płciowej ważne wydawało się wskazanie, aby grupę prowadziły dwie osoby o przeciwnej płci. Ma to znaczenie zarówno w sensie możliwości wspierania określonych sposobów funkcjonowania i identyfikacji z płcią, jak i występowania w roli symbolicznych, przeniesieniowych rodziców [4]. Ma to również znaczenie wobec faktu feminizacji szkoły i niedostatecznej obecności (emocjonalnej lub realnej) ojców w życiu adolescentów. Rola ojca jest w tym okresie dwojaka. Z jednej strony jest charakterystyczna dla wcześniejszych faz rozwoju dziecka i polega na dostarczaniu wzorca do identyfikacji, na uczeniu sposobów radzenia sobie z niektórymi wymogami społecznymi i z lękiem przez nie wywoływanym, czasem także na „depsychotyzowaniu diady macierzyńskiej” i ułatwianiu separacji z matką [10], z drugiej zaś może być odbierana jako wzorzec negatywny i wywoływać wyraźne oznaki konfliktowości i buntu. Utrzymanie w tym okresie relacji z dzieckiem pomimo tych trudności ma ważne znaczenie rozwojowe [11].

Innym, niezwykle ważnym wyzwaniem tego okresu jest identyfikacja z grupą rówieśniczą, a co za tym idzie wykształcenie i potwierdzenie określonych umiejętności społecznych. Wiąże się to również z nawiązywaniem w tym okresie pierwszych relacji przyjacielskich (szczególnie o charakterze dwójkowym), a także ze znajdowaniem pierwszych sympatii. Ważnym czynnikiem jest również to, że dorastanie dziecka wyznacza de facto nowy etap

życia rodziny, co ma szczególne znaczenie, kiedy mamy do czynienia z jedynakiem. Adolescencja konfrontuje wówczas rodziców z perspektywą starości, a także z przyzwoleniem (lub jego brakiem) na emocjonalną separację dziecka. Nierzadko spotykamy się tutaj z przedłużoną symbiozą w relacji matka—dziecko.

Oczywiście wskazania do terapii grupowej o charakterze ambulatoryjnym mogą być tylko niektóre z wymienionych problemów, przy czym decydująca jest tu w mniejszym stopniu ich treść, a w większym ich ostrość i sposób radzenia sobie z nimi. Niewskazane zatem wydaje się nam włączanie w obręb grupy ambulatoryjnej pacjentów z elementami funkcjonowania psychotycznego (niezależnie od tego, czy ma to charakter epizodyczny czy też jest elementem dłuższego procesu), zbyt wielu osób z wyraźnymi lub silnymi tendencjami do zachowań antyspołecznych, osób o znacznym stopniu wycofania się z relacji społecznych itp.

Z naszych doświadczeń wynika, że rozpiętość wiekowa osób kwalifikowanych do terapii w tej grupie pacjentów nie może być większa niż 2 lata, co jest zgodne z kryteriami spotykanyymi w literaturze [12]. Wynika to z faktu niezwykle szybkiego tempa rozwoju, jakie ma miejsce w tym okresie. Z jednej strony mamy tu czasem do czynienia z funkcjonowaniem charakterystycznym dla fazy latentnej, np. z silną potrzebą zabawy i zależności od dorosłych, dystansowaniem się od przeciwnej płci, lękiem przed samodzielnością, separacją itp. [9], z drugiej zaś, u szybciej rozwijających się adolescentów — z aktywacją potrzeb i zachowań charakterystycznych dla tzw. wieku dorastania: buntu, zaznaczenia własnej niezależności, agresji w służbie separacji, rozwoju emocjonalnych i seksualnych potrzeb związanych z płcią przeciwną itp. Wagę tego problemu uwidocznily nam przeżycia jednego z chłopców, który miał specyficzne trudności z wejściem w okres dorastania i regresował się do zachowań dziecięcych, w zestawieniu z zachowaniem niektórych dziewcząt, które miały silną tendencję do separacji od rodziców, często ocierającą się wręcz o zachowania aspołeczne, wchodzenia w grupy subkulturowe itp. Naturalna rozbieżność rozwojowa pomiędzy chłopcami a dziewczętami w grupie młodszej była potęgowana w tych wypadkach specyfiką przeżywanych przez nich problemów oraz sposobów radzenia sobie z nimi. Oprócz różnych form buntu adolescencyjnego, równie często występuje tu regresja, jak i depresyjny schemat całkowitego przystosowania i upodobnienia się do dorosłych. Możliwość zaobserwowania i doświadczenia całej różnorodności tych zachowań (np. przeżywania złości do rodziców czy terapeutów, bez poczucia winy) może mieć dużą wartość terapeutyczną, jednakże większa rozbieżność wiekowa w tym okresie może uniemożliwiać porozumienie się i ukonstytuowanie się poczucia tożsamości grupy. Tempo rozwoju emocjonalnego było szczególnie uderzające, gdy porównywaliśmy pojawiającą się problematykę i dynamikę grupy wśród młodszych i starszych adolescentów.

III Proces grupowy

1. Charakterystyka grupy

Grupa pierwsza, rok szkolny 1999/2000

Uczestnicy: uczniowie pierwszych klas gimnazjum oraz ósmych klas szkoły podstawowej, wiek 13–14 lat.

Liczba uczestników: trzynaście osób, w tym pięć dziewcząt, ośmiu chłopców; po za-

zamknięciu grupy stały skład dziewięcioosobowy (trzy osoby nie ukończyły terapii), w tym trzy dziewczyny, sześciu chłopców.

Grupa druga, rok szkolny 2000/2001

Uczestnicy: uczniowie pierwszych i drugich klas gimnazjum, wiek 13–14 lat.

Liczba uczestników: siedem osób, w tym trzy dziewczyny i czterech chłopców, wszyscy ukończyli terapię.

Grupa trzecia, rok szkolny 2001/2002

Uczestnicy: uczniowie drugich i trzecich klas gimnazjum, wiek 14–15 lat.

Liczba uczestników: dziesięć osób, w tym pięć dziewcząt i pięciu chłopców. Terapię ukończyło sześć osób.

2. Setting

Spotkania grupy odbywały się raz w tygodniu, o stałej porze. O terminie końca terapii, ewentualnych przerwach w pracy grupy, ewentualnej nieobecności jednego z terapeutów lub innych zmianach uczestnicy byli informowani na początku pracy grupy lub z odpowiednim (co najmniej tygodniowym) wyprzedzeniem. W przypadku dwóch pierwszych (młodszych) grup przerwy były rzadsze; w okresach przedświątecznych lub w czasie ferii obecny był przynajmniej jeden z terapeutów, a spotkania miały charakter bardziej nieformalny. Były to tzw. spotkania „klubowe”, na które uczestnicy mogli przynosić coś do jedzenia lub picia, swoje ulubione nagrania lub gry itp. W spotkaniach tych uczestniczyła mniejsza liczba pacjentów. Jedno spotkanie trwało 1,5 godziny, z pięciominutową przerwą po ok. 50 minutach pracy. Spotkania grup odbywały się zawsze w tym samym pomieszczeniu, uczestnicy i prowadzący siedzieli na materacach.

Praca terapeutów była regularnie superwizowana. Superwizje miały tę samą częstotliwość, co spotkania grupy. W ramach superwizji omawiane były zarówno relacje pomiędzy terapeutami, jak i przebieg ostatniego spotkania, dokonywano także diagnoz poszczególnych uczestników grupy i formułowano cele terapeutyczne.

Oprócz norm wypracowywanych przez uczestników grupy w późniejszej fazie, istniały również normy narzucone przez terapeutów. Były to: dbanie o niespożnianie się, zakaz jedzenia i picia w czasie spotkania (oprócz spotkań „klubowych”) oraz zakaz używania telefonów komórkowych. Ponadto w czasie pierwszego spotkania uczestnicy byli informowani o możliwości pojawienia się nowych osób w grupie. Po czterech, pięciu spotkaniach, kiedy skład był już skonsolidowany, uczestnicy byli informowani o zamknięciu grupy.

3. Tworzenie grupy. Kryteria kwalifikacji

Kryterium kwalifikacji nie była diagnoza nozologiczna według ICD-10 lub DSM-IV. Rezygnacja z takiej formy diagnozy była podyktowana jej małą przydatnością w kwalifikacji dokonywanej w warunkach ambulatoryjnych, przede wszystkim zaś specyfiką diagnostyki młodzieży w ogóle. Jak już wspomnieliśmy, przyjęte przez nas kryteria diagnostyczne były pochodnymi celów, którym miała służyć grupa, a także wybranej orientacji teoretycznej.

Wstępnym etapem pracy była kwalifikacja pacjentów do grupy. Jak podkreślają Bernard i MacKenzie [13], a także Corey i Corey [14], biorąc pod uwagę jej wpływ na późniejszy

przebieg spotkań grupy, jest to tak naprawdę jeden z najważniejszych elementów pracy terapeutów grupowych – to, co się dzieje w grupie jest bowiem w dużej mierze konsekwencją decyzji podjętych jeszcze przed jej rozpoczęciem [13]. Nasze propozycje w tym zakresie opieramy zarówno na obserwacji osób, które korzystają z takiej formy pomocy najbardziej, jak i tych, które korzystają niewiele bądź nie utrzymują się w grupie. Każda z osób odbywała indywidualną rozmowę z jednym z terapeutów. Zazwyczaj wystarczające było jedno spotkanie, w trakcie którego uzyskiwane były zarówno informacje o rodzaju zgłaszanych problemów, ich widzeniu przez adolescenta i rodzica, jak i dokładny wywiad dotyczący funkcjonowania rodziny oraz relacji z rówieśnikami. Pod uwagę był również brany sposób nawiązywania relacji i motywacja do terapii. Wywiad dotyczył zarówno adolescenta, jak i rodziców (zazwyczaj jednego z nich). Czasami konieczne było odbycie dodatkowego spotkania z udziałem obydwójga terapeutów, jednak nigdy nie przekraczano liczby dwóch spotkań. Spowodowane to było tym, że dłuższy kontakt prowadzi do nawiązania indywidualnej relacji terapeutycznej, co w wypadku zakwalifikowania adolescenta do grupy mogłoby rodzic pewne trudności w relacji terapeutycznej (np. silne oczekiwanie bycia traktowanym wyjątkowo w grupie w porównaniu z innymi). O przyjmowaniu zgłoszeń decydowały listy oczekujących (jeśli wstępne informacje wskazywały na istnienie problemów odpowiednich do tej formy terapii) lub współpraca z innymi terapeutami ośrodka. Często były to skierowania z innych ośrodków — psychoterapia grupowa była wówczas np. naturalnym przedłużeniem zakończonej terapii indywidualnej, albo też formą ją wspierającą. Część osób uczęszczających na terapię grupową jednocześnie uczestniczyła wraz z rodzicami w terapii rodzinnej. Z naszych doświadczeń wynika, że zawsze, nawet przy najbardziej uzasadnionym skierowaniu, konieczne jest odbycie rozmowy wstępnej, ponieważ tylko ona daje pełne wyobrażenie o pożądanym, z terapeutycznego punktu widzenia, kształcie grupy. Łączenie innych form terapii z grupową wydaje się najczęściej bardzo korzystne, oprócz tych przypadków, w których skierowanie na nią jest wynikiem bezradności terapeutycznej i impasu w kontakcie indywidualnym (często nieświadomym) bądź też przeciwprzeniesieniowego powtarzania odrzucenia w relacji ze znaczącą osobą [3]. Wtedy istotne wydaje się skonsultowanie decyzji z osobą kierującą bądź zaproponowanie kontaktu indywidualnego, tak aby nie powtarzać negatywnego schematu powtarzania odrzuceń.

Jeśli po rozmowie wstępnej terapeuta podejmował decyzję o zakwalifikowaniu do grupy, wówczas informował nastolatka (oraz rodziców), na czym polega praca w grupie i odpowiadał na wszystkie pytania i wątpliwości. Jak się wydaje, spośród różnych możliwych reakcji na perspektywę uczestnictwa w grupie — zaciekawienia, lęku, buntu — żadna nie może być sama w sobie podstawą do kwalifikacji, lecz musi być powiązana z oceną głębokości problemów. Oczywiście najkorzystniej rokuje zaciekawienie, wiąże się ono bowiem z najsilniejszą motywacją, uwarunkowaną np. silnymi pragnieniami kontaktu z rówieśnikami, co najczęściej przekłada się na stopień zaangażowania w pracę grupy. Z drugiej strony osoby, które zadają dużo pytań na temat grupy i u których ciekawość przeważa nad lękiem, są często osobami o najmniejszych problemach w zakresie umiejętności społecznych. Stwarza to silną, najczęściej nieświadomą, pokusę dla terapeutów, aby kwalifikować do grupy przede wszystkim osoby względnie dobrze radzące sobie i w ten sposób uniknąć np. pacjentów prowokujących, mających problemy z normami społecznymi

lub o wyraźnych obronach narcystycznych itp., które sprawiają, że prowadzenie grupy jest czasem niezwykle obciążające emocjonalnie. Lękowa reakcja na perspektywę uczestnictwa w grupie stwarza różne zagrożenia, w zależności od jej podłoża i ostrości. Niekorzystne wydaje się włączanie do grupy osób skrajnie lękowych i unikających kontaktów, lub o niejasnej psychopatologii, prowokują one bowiem silne reakcje odrzucenia ze strony innych. Ich ewentualne włączanie do grupy warto poprzedzić dokładniejszą diagnozą, dokonaną w czasie terapii indywidualnej. Z drugiej strony, jest to grupa pacjentów, która potencjalnie może skorzystać najwięcej z takiej formy terapii. Możliwość przełamania lęku i wypływającego z niego oporu, doświadczenie akceptacji i przyzwolenia na różne emocje w trakcie spotkań grupowych wydają się jednymi z najważniejszych czynników terapeutycznych. Odrębnego potraktowania wymaga natomiast reakcja buntu. Jak wynika ze specyfiki tego okresu rozwojowego, dorastający pacjenci rzadko szukają pomocy z własnej inicjatywy, dość często czują się zmuszani do psychoterapii przez rodziców, a co za tym idzie — są negatywnie nastawieni zarówno do terapii, jak i różnych form pomocy proponowanych przez terapeutów [4]. Reakcja ta wymaga odrębnego oszacowania w każdym z wypadków. Z naszej perspektywy ma ona często charakter obronny w stosunku do silnych, wywołujących lęk potrzeb zależności i bliskości. Niekorzystne wydają się zatem dwie skrajne reakcje: zarówno dosłowne przyjmowanie zachowania adolescenta, jak i identyfikacja z jego rodzicami (całkowite przyjęcie ich punktu widzenia) oraz brak poszanowania autonomii dorastających pacjentów. Najważniejsze jest wówczas przedstawienie jasnej propozycji jako pewnej możliwości, oddzielenie jej od kontekstu rodzinnego i jej odpowiednie umotywowanie, trzeba bowiem pamiętać, że reakcja taka jest najczęściej przejawem rozpoczęcia korzystnego w tym okresie procesu separacji, do zaistnienia którego czasami konieczne jest uruchomienie pewnej dozy agresji. Ważne jest również określenie, czy reakcja ta współwystępuje ze wzrostem znaczenia grupy rówieśniczej (co wskazuje na normę rozwojową), czy też osiąga niebezpieczny poziom zachowań antyspołecznych, innymi słowy, czy rozgrywana jest na poziomie przeżyć i słów, czy również destrukcyjnych zachowań. Naruszanie niektórych norm społecznych nie jest samo w sobie przeciwwskazaniem do terapii grupowej (a często jest wręcz wskazaniem), aczkolwiek większa liczba takich pacjentów silnie oddziałuje na specyfikę grupy i wymusza na terapeutach występowanie w roli strażników i nauczycieli norm społecznych. Nierzadko spotykaliśmy się z sięganiem po używki, naruszaniem obowiązku szkolnego, pierwszymi kontaktami z policją, uczestnictwem w niekorzystnych grupach odniesienia (zajmujących się np. kradzieżą) itp. Skrajne zachowania tego typu, szczególnie jeśli zakorzenione są we wstępnie zaburzonym ukształtowaniu struktury osobowości, wydają się poddawać skuteczniejszemu leczeniu w terapii indywidualnej.

W przypadkach wątpliwych decyzja była podejmowana wspólnie na superwizji. Propozycja kontaktu indywidualnego czasami była łączona z perspektywą uczestnictwa w grupie w następnym roku, jeśli pozwalał na to wiek adolescenta.

Oprócz standardowych informacji pochodzących z wywiadu (tj. zgłaszany problem, struktura rodziny, przebieg dotychczasowego rozwoju, historia kontaktów z innymi psychologami bądź psychiatrami), ważne wydaje nam się uzyskanie informacji o sposobie spędzania wolnego czasu (z rówieśnikami czy bez), stosunku do klasy, określenie sposobu odnoszenia się do rodziców — czy są oni postrzegani względnie ambiwalentnie, czy też

złość do nich i utrata ich idealnego obrazu, charakterystycznego dla dzieciństwa, jest zaprzeczona (rozwiązanie depresyjne). Inne ważne informacje to na przykład, czy nastolatek interesuje się płcią przeciwną i jaki ma do tego stosunek (a także, jaki jest stosunek rodziców do tych zainteresowań), jaka jest proporcja pomiędzy poczuciem obowiązku (przede wszystkim szkolnego, ale tzw. obowiązków domowych) a emocjonalnym przyzwoleniem na swobodę i przyjemności związane z tym wiekiem: Czy jest to podejście restrykcyjne, czy występuje nadmierne poczucie winy lub jego brak? Czy występują zachowania społecznie, a jeśli tak, to w jakim nasileniu? Czy adolescent miał kontakt z alkoholem lub innymi używkami, czy pali papierosy; jeśli tak, to jak często? Czy ma przyjaciela/przyjaciółkę?

4. Początek pracy grupy. Relacja z rodzicami pacjentów

Na początku grupa miała charakter otwarty. Mogli do niej dołączyć nowi uczestnicy, gdyż nadal trwał nabór. Większość pacjentów była jeszcze niepewna, jakie normy zaplanują w grupie, jakie zachowanie będzie pożądane. Dlatego w tym czasie aktywność terapeutów była dosyć znaczna. Proponowali ćwiczenia, zadania i zabawy mające na celu poznawanie się, integrację grupy, ugaśnianie obaw i oczekiwań związanych z uczestnictwem w grupie.

Jednym ze sposobów wzajemnego poznawania się było zrobienie przez pacjentów na podstawie swojego imienia, rozwiązanej krzyżówki, w której wyrazy krzyżujące się z poszczególnymi literami imienia charakteryzowałyby ich. Uczestnicy rysowali krzyżówkę kredkami na kartkach z bloku, które potem były wywieszane w widocznym miejscu.

Inne zadanie polegało na dokończeniu dwóch zdań: „*Najbardziej obawiam się...*” oraz „*Chciałbym, żeby ...*”

Początkowo prowadzący proponowali, aby uczestnicy odpowiadali ustnie, ale na tym etapie pracy niepokój i lęk przed ugaśnianiem swoich pragnień i obaw był znaczny, dlatego ostatecznie zdania dokończano pisemnie. Potem prowadzący odczytywali je na głos, dając początek dyskusji na temat obaw i oczekiwań związanych z grupą. Przykładowe odpowiedzi uczestników grupy były następujące:

Najbardziej obawiam się, że nie zostanę zaakceptowany i że niektórzy będą się ze mnie wyśmiewać.

Chciałbym, żeby były różne zabawy, różne konkursy i zawody sportowe.

Najbardziej obawiam się, że powiem albo zrobię coś nie tak.

Chciałbym, żeby było fajnie.

Najbardziej obawiam się, żeby nasze rozmowy nie wychodziły na zewnątrz.

Chciałabym, żeby było sympatycznie, były fajne rozmowy na różne tematy.

Najbardziej obawiam się, że inni z grupy będą obmawiali mnie ze swoimi znajomymi.

Chciałabym, żeby nie było wyśmiewania się z kogoś.

Najbardziej obawiam się, że nie zostanę zaakceptowana przez resztę osób.

Chciałabym, żeby miło się spędzało czas na zabawach i rozmowach, które mogą mi pomóc.

Jak widać z powyższych przykładów, uczestników łączyły podobne lęki (lęk przed oceną, brakiem akceptacji, zranieniem i bólem) oraz podobne pragnienia (bezpieczeństwa,

zależności, akceptacji regresji). Nazwanie tych uczuć, ich akceptacja i rozmowa, pozwoliły na stopniowe redukcowanie napięć, tworzenie atmosfery bezpieczeństwa i budowanie spójności grupy.

Po około pięciu spotkaniach skład grupy stabilizował się, terapeuci ogłaszali wówczas, że od tej pory grupa jest zamknięta. Uczestnicy z ulgą przyjmowali informację o tym, że nikt nowy do nich już nie dołączy. Wkładali dużo wysiłku w budowanie poczucia bezpieczeństwa i zaufania w sytuacji, gdy w grupie stale coś się zmieniało. Zamknięcie grupy wiązało się ze znacznym wzrostem poziomu zaufania i otwartości, co pozwalało poczuć się bezpiecznie.

W tym czasie terapeuci stosowali techniki i ćwiczenia pozwalające werbalizować myśli, uczucia i pragnienia. Pacjenci w małych grupkach odpowiadali na przykład na pytania:

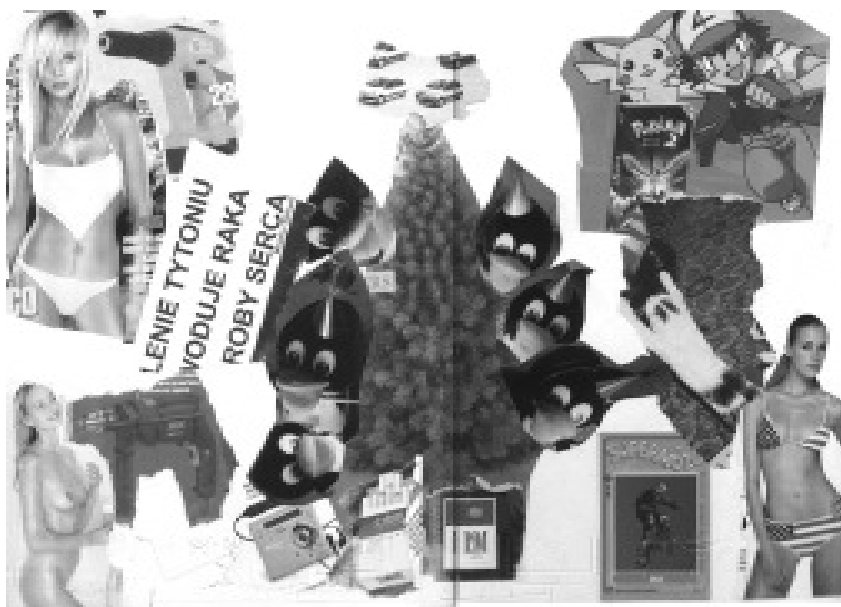
Co ułatwia bycie (pracę) w grupie? Co utrudnia bycie (pracę) w grupie?

Poniżej podajemy przykładowe odpowiedzi pacjentów. Czynniki ułatwiające to: *pomyślność kolegów i koleżanek, systematyczne uczestnictwo w zajęciach, wspólne działanie, szczerłość, spokój, wspólne zabawy, miła atmosfera, zainteresowanie*. Czynniki utrudniające to *chamstwo; kłótnie; kiedy ktoś zmusza do czegoś; przezywanie; przerywanie, gdy ktoś mówi; obmawianie; dziewczyny i ich widok* (wypowiedź chłopców); *chłopcy* (wypowiedź dziewcząt).

Odpowiedzi pacjentów wskazują na występujące w tym czasie w grupie obawy, pragnienia, trudności i fascynacje w relacjach z płcią przeciwną.

Ponadto w tym okresie terapeuci proponowali zadania i ćwiczenia rozwijające zdolność nazywania i ekspresji emocji, twórcze myślenie, asertywność. Warto zaznaczyć, że w młodszych grupach prowadzący proponowali wiele ćwiczeń aktywizujących ciało, które pozwalały pacjentom w bezpiecznych warunkach pokonywać opór i zahamowania dotyczące cielesności. Terapeuci zauważyli, że im więcej poświęcali czasu na tego typu ćwiczenia w początkowym stadium grupy, tym mniej problemów z aktywnością pacjentów pojawiało się w dalszych fazach procesu. Pacjenci chętnie odgrywali scenki, bawili się w kalambury, co integrowało grupę, kształtowało normy dopuszczające kontakty fizyczne, redukowało napięcia związane z uczuciem wstydu. Warto zauważyć, że zdarzały się osoby, dla których nawet stanięcie przed całą grupą było bardzo trudnym doświadczeniem. Jednak poprzez zabawy i rozmaite ćwiczenia aktywizujące ciało (między innymi pantomimę, rzeźby grupowe, taniec), osoby te miały szansę przeżyć korektywne doświadczenie. Wszystkie zadania były omawiane. Prowadzący pytali o myśli i uczucia pojawiające się podczas przebiegu ćwiczenia, co pozwalało na ich nazwanie i analizę, czasami również je interpretowali. Wzrastało dzięki temu poczucie pewności siebie uczestników, akceptacja self cielesnego, otwierały się tematy dotyczące seksualności i relacji z płcią przeciwną. Bardzo przydatne w planowaniu pracy grupy są niektóre wydawnictwa zawierające propozycje zabaw i gier grupowych, np. praca Chomeczyńskiej-Miliszkievicz i Pankowskiej [15] oraz praca pod redakcją Rojewskiej [16].

Jednym z ćwiczeń, pokazujących cały konglomerat sprzecznych uczuć, pragnień i fantazji, które z ogromną siłą występują we wczesnej adolescencji, był kolaż. Uczestnicy mieli do dyspozycji kolorowe czasopisma, z których mogli wycinać dowolne obrazki, by stworzyć



obraz wyrażający ich samych, swoisty autoportret, w którym obecne byłyby wszystkie ważne dla nich rzeczy, problemy, to, co ich charakteryzuje. Jeden z chłopaków, Kamil, stworzył pracę, która najwyraźniej oddaje wewnętrzny świat czternastolatka (fot. 1).

Widać na niej: sprzeczne pragnienia bycia mężczyzną i jednocześnie dzieckiem (zdjęcia półnagich modelek i postaci z ulubionych kreskówek), dylematy dotyczące norm (papierosy i ostrzeżenie ministra zdrowia), identyfikację z płcią, symbolikę falliczną i agresywną (samochody, wiertarki skierowane w stronę rozneglizowanych kobiet), dziecięce pragnienia zaspokojenia wszystkich potrzeb (rozmieszczenie wszystkich obrazków wokół choinki, jakby były prezentami).

Na podstawie tej i innych prac terapeuci mogli przeprowadzić z grupą rozmowę na temat ujawnionych problemów, co nierzadko dla pacjentów było pierwszą taką rozmową z dorosłymi.

W początkowej fazie pracy grupa zaczęła wypracowywać własny system norm i zasad. Gdy normy były już dostatecznie ugruntowane w zachowaniach członków grupy, możliwa była ich werbalizacja. Wiązało się to z zapisaniem ich na planszy w widocznym miejscu. Pomagało w tym wspólne szukanie odpowiedzi na pytanie, *co wolno* i *czego nie wolno* robić w grupie. Uczestnicy chętnie zgłaszali propozycje norm, dyskutowali o nich, by w końcu te najważniejsze wspólnie zapisać na wielkiej planszy. Można tu podać przykłady takich norm. *Wolno (akceptujemy, powinno się): mówić to, co myślimy; słuchać siebie nawzajem; spotykać się poza zajęciami; tolerować innych; tworzyć atmosferę zaufania; szanować uczucia (swoje i innych); żartować;*

Nie wolno (nie akceptujemy, nie powinno się): obrażać innych; przekrzykiwać się; wyśmiewać się; obmawiać;

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na normę „wolno spotykać się poza zajęciami”. Jest ona wyrazem adekwatnych do wieku pragnień pozostawania w relacjach z rówieśnikami, do których dorośli (również terapeuci) nie mają dostępu. Zwerbalizowanie norm kończyło pierwszą fazę rozwoju grupy, która płynnie przechodziła do fazy różnicowania.

Należy także wspomnieć, że większość osób, które nie ukończyły terapii, wypadła w pierwszej fazie pracy. Zazwyczaj osoby te uczęszczały na sesje nieregularnie, co powodowało, że nie mogły przepracować problemów i uczuć związanych z zawiązywaniem się grupy. Absencja na którymś z pierwszych pięciu spotkań zazwyczaj kończyła się wypadnięciem z grupy. Wyjątek stanowiły osoby, które dołączały do grupy na trzecim, czwartym spotkaniu — wchodząc w grupę już w niej zostawały. Dla kogoś, kto był na pierwszym spotkaniu, potem opuścił dwa następne, czwarte spotkanie oznaczało kontakt z całkiem nową grupą, która już czegoś dokonała, a jego samego prawie nikt nie pamiętał. Sytuacje tego rodzaju były prawdopodobnie na tyle frustrujące, że prowadziły do wypadnięcia z grupy. Oczywiście zbyt późne dołączenie do grupy również okazywało się zbyt trudne i uniemożliwiało zintegrowanie się z grupą. Należy zaznaczyć, że sytuacje te były zazwyczaj czynnikiem dodatkowym lub wyzwalającym w odniesieniu do już występujących indywidualnych predyspozycji czy trudności w nawiązywaniu relacji z grupą i prowadzącymi. Czasami dopiero superwizja wskazywała na prawdopodobieństwo odegrania przez pacjenta przeniesieniowej relacji z odrzucającym, frustrującym obiektem. Podczas pracy z grupami młodzieżowymi terapeuci dwukrotnie zdecydowali się na wyłączenie z grupy któregoś z uczestników. Decyzja taka była zawsze poprzedzona superwizją i omawiana w grupie.

Tuż po zamknięciu grupy organizowane było, wcześniej zapowiedziane, wspólne spotkanie terapeutów ze wszystkimi rodzicami adolescentów. Jego celem było lepsze poznanie terapeutów, którzy odpowiadali na wszystkie niepokojące pytania oraz udzielali informacji o grupie. Rodzice byli szczegółowo informowani o zasadach prowadzenia grupy i jej celach, o założeniach przyjmowanych przez terapeutów oraz o funkcjonowaniu grupy (np. o możliwości zauważenia u dzieci nowych, niepokojących zachowań lub pojawienia się takiego okresu, w którym będą one przychodziły mniej chętnie, w zależności od określonej fazy pracy grupy), ponadto o możliwości kontaktu z terapeutami przez cały czas trwania terapii. Zazwyczaj rodzice zadawali wiele pytań, głównie dotyczących ich własnych dzieci, nawiązywała się też spontaniczna rozmowa pomiędzy rodzicami. Terapeuci unikali zbyt szczegółowych odpowiedzi na te pytania, informując, że przedstawią swoje uwagi i dalsze propozycje terapeutyczne na indywidualnych spotkaniach z dziećmi i rodzicami, które odbędą się po zakończeniu terapii.

Z perspektywy czasu wydaje się nam, że spotkanie z rodzicami jest jednym z najważniejszych elementów we wstępnej fazie grupy. Zaangażowanie jednego bądź obojga rodziców w terapię jest uznawane za jeden z najważniejszych predyktorów skuteczności terapii młodzieży. Zależność ta jest wprost proporcjonalna: prawdopodobieństwo sukcesu terapeutycznego jest najmniejsze, jeśli w terapię zaangażowane jest tylko dziecko, lepsze jeśli również jedno z rodziców, a najlepsze — jeśli oboje [17]. Niezwykle ważne wydaje się przede wszystkim osiągnięcie pozytywnej postawy wobec terapii. Trzeba pamiętać, że adolescenti znajdują się w wieku, który jest często źródłem wielu niepokojów również dla rodziców. Wchodzi tu w grę np. lęk przed utratą kontroli nad dzieckiem, obawa

o kontakt z „trudną młodzieżą”, która może uczestniczyć w grupie, o kompetencję terapeutów i zasadność proponowanych przez nich celów terapeutycznych (np. większego usamodzielnienia się dziecka czy akceptacji również postaw buntowniczych). Wsparcie rodziców jest niezwykle ważne przede wszystkim w trudnych momentach pracy grupy, kiedy np. pojawia się silna złość na terapeutów, nasilają się tendencje do nieprzychodzenia na spotkania lub wręcz rezygnacja z uczestnictwa (co pociąga za sobą dalszy wzrost tendencji „odśrodkowych”). Z naszych doświadczeń wynika, że obojętna lub niechętna postawa rodziców jest jedną z najczęstszych okoliczności wypadnięcia lub rezygnacji z uczestnictwa w grupie. Szczególnie dotyczy to grupy najstarszej. Inną, ważną przeszkodą w uzyskaniu przymierza terapeutycznego z rodzicami może być postawa terapeutów. Istnieje tutaj kilka niebezpieczeństw. W trakcie spotkań dla rodziców spontanicznie pojawiają się czasami elementy charakterystyczne dla psychoedukacyjnych grup wsparcia; ważną wydaje się ostrożność w próbach komentowania pytań rodziców. Inną ważną kwestią jest uniknięcie postawy rywalizacyjnej pomiędzy terapeutami a rodzicami. Źródła takiej postawy mogą się wywodzić zarówno ze strony rodziców, jak i terapeutów. Czasami rodzice postrzegają uczestnictwo dziecka w terapii (nie tylko grupowej) jako wynik własnej porażki wychowawczej lub dowód na patologię rodziny, mają tendencję do nadmiernego obwiniania się bądź wprost odwrotnie — do całkowitego zaprzeczania problemom dziecka i negowania jakiegokolwiek własnego wpływu na jego zachowanie. Wcześniej czy później następuje wówczas negacja potrzeby terapii, czasami powstaje także dewaluujące, negatywne i rywalizacyjne nastawienie do terapeutów, którzy (ze względów terapeutycznych) nie identyfikują się ze wszystkimi poglądami wychowawczymi rodziców. Ze strony terapeutów pojawia się niebezpieczeństwo nieświadomego, rywalizacyjnego nastawienia wobec rodziców, spowodowanego przede wszystkim czynnikami przeciwprzeniesieniowymi. Wynikają one np. z nadmiernej identyfikacji z adolescentami, szczególnie zaś tymi aspektami ich funkcjonowania, które są uznawane przez rodziców za niekorzystne. Nie bez znaczenia jest również fakt, że spotkania z rodzicami odbywają się we wstępnej fazie grupy, kiedy dorastający pacjenci przeniesieniowo obsadzają terapeutów w roli „idealnych rodziców”, co wzbudza przeciwprzeniesieniowy impuls ze strony terapeutów, aby przeżywać siebie jako lepszych od „patologizujących” rodziców naturalnych. Inną ważną kwestią jest zreflektowanie przez terapeutów stosunku do własnych rodziców z tego okresu życia i sposobu rozwiązania własnego kryzysu adolescencyjnego. Bez tego elementu może nastąpić aktywizacja własnego przeniesienia terapeuty (nieświadome przeżywanie rodzica pacjenta na podobnej zasadzie, jak własnych rodziców). Bardzo pomocna w tym względzie jest superwizja.

Na marginesie można zauważyć, że współpraca z rodzicami adolescentów jest jednym z najtrudniejszych zagadnień w psychoterapii młodzieży. Ma to miejsce szczególnie wtedy, kiedy udział patologii rodziny lub jednego z rodziców w problemach dorastających pacjentów jest wyraźny albo gdy odrzucają oni wszystkie propozycje uczestnictwa w różnych formach terapii (terapia własna, rodzinna, psychoedukacyjna grupa dla rodziców). Identyfikacja z postawą rodziców uniemożliwia terapię lub wręcz grozi pogłębianiem się patologii. Z drugiej strony, prowadzenie terapii, w której dopuszcza się przeżywanie różnych trudnych emocji związanych z rodzicami, rodzi u adolescenta, który, odmiennie niż dorosły, wciąż musi pozostawać w emocjonalnej i społecznej zależności od rodziców,

niezwykle silny konflikt. Jeśli rodzice nie są w stanie zaakceptować separacji dziecka i jawnego wyrażania również negatywnych postaw, niepowodzenie terapii jest bardzo prawdopodobne.

5. Grupa w stadium przejściowym, faza konfliktu i oporu

Kolejny etap pracy grupy wiązał się z występowaniem u pacjentów lęku przed złością zarówno na prowadzących, jak i innych uczestników; pojawiły się postawy obronne, prowokowanie terapeutów. Nasiliły się ataki na setting, pacjenci częściej się spóźniali, wychodzili podczas przerwy z budynku, co było zakazane. Zachowania te prowadzący rozumeli jako wyraz potrzeby sprawdzania terapeutów, testowania norm oraz acting out, służący rozładowaniu złości i innych napięć związanych z grupą.

W tym czasie wzrosła aktywność terapeutów w zakresie interpretowania tych zachowań oraz klaryfikacji pojawiających się uczuć. Prowadzący proponowali pewne techniki, które pozwalały na ujawnianie w zabawie czy innych zadaniach specyficznych pragnień i lęków, głównie dotyczących relacji między pacjentami, oraz nastawienia do terapeutów. Ćwiczeń było jednak wyraźnie mniej niż w fazie wstępnej. Ponadto częściej pojawiały się elementy pracy terapeutycznej z pacjentem na tle grupy. Występowało to jednakże w mniejszym wymiarze niż ma to miejsce w pracy z dorosłymi. Praca taka zazwyczaj dotyczyła treści ujawnionej w związku z wykonywaniem jakiegoś ćwiczenia lub tematów wnoszonych spontanicznie przez uczestników. Na przykład ciekawą reakcją pacjentów przyniosło z pozoru proste zadanie „Otwórz pięść”, wykonywane w parach. Uczestnicy mieli za zadanie otworzyć pięść partnera, mogli to zrobić w dowolny sposób. Wszyscy pacjenci używali do tego siły fizycznej, osoby zaciskające pięść broniły się, utrudniając, a właściwie uniemożliwiając otwarcie ręki. Po skończeniu zadanie było omawiane. Ćwiczenie to pokazało, że uczestnicy uruchamiali agresję zarówno „atakując”, jak i „broniąc się”. Nie używali słownej perswazji, próśb, jednocześnie, nie mając jasnego nakazu nieotwierania ręki, z góry zakładali, że nie mogą na to pozwolić.

Innym ćwiczeniem, które wyraźnie odzwierciedlało sposoby radzenia sobie z lękiem i agresją w tej grupie była „siatka bezpieczeństwa”. Zadanie polegało na biegnięciu, z dowolną prędkością, w stronę „siatki bezpieczeństwa” tworzonej na początku przez terapeutów, których zadaniem było zatrzymać biegnącą osobę, a także dać jej poczucie oparcia i zabezpieczyć przed wpadnięciem na ścianę. Jeśli ćwiczenie odbywało się bez przeszkód, prowadzący proponowali zamknięcie oczu. Pary tworzące siatkę mogły być później tworzone przez samych uczestników grupy. W tym zadaniu wyraźnie ujawniły się różnice w zachowaniach, obrazujące indywidualne trudności pacjentów. Niektórzy początkowo byli bardzo ostrożni, raczej szli niż biegli — dotyczyło to na przykład Michała, pacjenta lękowego, który miał poważne trudności z uruchamianiem własnej agresji, problemy w relacjach z rówieśnikami, którym towarzyszyły kłopoty z akceptacją self cielesnego. Ćwiczenie to pozwoliło mu na stopniowe przełamywanie lęku; w efekcie udało mu się je wykonać. Jednocześnie terapeuci mogli w omówieniu tego zadania skonfrontować Michała z jego trudnościami, klaryfikując pojawiające się myśli i uczucia, grupa natomiast pokazała mu, że ćwiczenie to można wykonać na kilka różnych sposobów. Inny pacjent — Kamil, który najwyraźniej z grupy ujawniał złość na prowadzących, dając tym samym dowód dużego

poczucia bezpieczeństwa i zaufania, w ćwiczeniu tym, gdy terapeuci stanowili „siatkę”, biegł z całą prędkością, jakby chciał sprawdzić, czy oni to wytrzymają. Ryzykował, ale ważna była dla niego możliwość siłowania się z terapeutami i doświadczenie oparcia i siły z ich strony, siły dającej bezpieczeństwo.

Na tym etapie terapii pacjenci zmagali się z potrzebą zależności, pojawiały się trudne treści, uczucia, które stopniowo były ujawniane. Niektórzy z uczestników zaczęli opuszczać spotkania grupy, zdarzały się sytuacje „wypadnięcia” z terapii. Na przykład jeden z chłopaków przestał przychodzić na spotkania, co na pewien czas zdestabilizowało grupę. Kiedy okazało się, że nie będzie już więcej przychodził i że nie przyjdzie nawet jeden raz, żeby omówić powody tej decyzji, niektóre osoby również przestały systematycznie uczęszczać na spotkania. Terapeuci komentowali ten fakt, mówiąc o możliwościach zrodzenia się niepokoju związanego z lękiem przed bliskością, przed konfrontowaniem się z trudnymi uczuciami, które mogą być tak silne, że pojawia się chęć rezygnacji z zajęć. Informowali uczestników o tym, że takie fantazje i uczucia są normalne, warto jednak przychodzić na spotkania i w miarę możliwości mówić o nich. Akceptacja tych uczuć i fantazji oraz ugłaśnianie przez terapeutów pojawiających się problemów, pozwoliło grupie na ich przepracowanie. Stopniowo grupa odbudowała poczucie bezpieczeństwa i zaufania, zazwyczaj jednak jest to bardzo trudny okres, zarówno dla członków grupy, jak i osób prowadzących. Aktywność interpretacyjna i klaryfikująca terapeutów była wtedy duża, była najważniejszym sposobem na bezpieczne przeprowadzenie grupy przez ten trudny okres, choć również wywoływała dużo złości. Warto zaznaczyć, że w przypadku starszej grupy duże znaczenie miała absencja jednego z terapeutów i przerwa świąteczna w spotkaniach grupy. Było kilka takich sesji, gdy obecny był tylko jeden z prowadzących. Mimo uprzedzenia, grupa odbierała takie sytuacje jako zagrażające, w których poczucie bezpieczeństwa gwałtownie spadało. Dlatego ponownie terapeuci wprowadzali ćwiczenia integrujące, odwołujące się do grupy jako całości.

6. Stadium konstruktywnej pracy w grupie

Nie istnieje żadna wyraźna granica oddzielająca poszczególne fazy procesu grupowego, jednak stosunkowo łatwo dostrzec to, jak grupa się zmienia. Po ostrożności, lęku i niepewności z pierwszych spotkań, po wyrażeniu złości i innych trudnych uczuć w stadium przejściowym, grupa płynnie przechodziła dalej. W tym czasie aktywność strukturująca terapeutów znacznie malała, a w przypadku starszej grupy właściwie nie była potrzebna. Prowadzący nie proponowali ćwiczeń, gdyż wyraźnie zapotrzebowanie grupy na tego typu struktury się zmniejszyło. Pacjenci samorzutnie angażowali się w pracę wnosząc osobiste wątki, problemy. Zazwyczaj podczas „rundki” rozpoczynającej (z tej i innych porządkujących struktur terapeuci nie zrezygnowali) uczestnicy sygnalizowali problem, który prowadzący podejmowali.

Na przykład pacjent — Wojtek — mówiąc o tym, jak mu minął tydzień, dał do zrozumienia, że ma poważne problemy z nauką, musi chodzić na dodatkowe lekcje, które są w tym samym czasie, co spotkania w grupie. Był bardzo wystraszony, nie widział innego wyjścia z tej sytuacji niż rezygnacja z terapii. Udział w grupie był dla Wojtka bardzo ważny, nie chciał odchodzić, ale wobec problemów w szkole matka chłopca wyraźnie zareagowała lękiem, była przekonana, że nic nie można zrobić. Informacja o tym, że Wojtek miałby

zrezygnować z grupy, skłoniła prowadzących i uczestników do szukania pozytywnego rozwiązania problemu. Okazało się, przede wszystkim, że pacjent usłyszał, jak ważny jest dla grupy, że inni uczestnicy nie chcą, by odchodził. Było to dla niego bardzo ważne, gdyż do tej pory nie znajdował akceptacji w żadnej grupie, zwłaszcza w szkole, gdzie koledzy z klasy znęcali się nad nim. Pozytywne informacje zwrotne ze strony grupy były dla niego czymś zupełnie nowym. Ponadto terapeuci i grupa pokazali mu kilka możliwych scenariuszy rozwiązania problemu, co również było dla niego nowym doświadczeniem. Do tej pory w sytuacjach trudnych czuł się zupełnie bezradny, często mówił na przykład: *nie umiem się bronić, nie dam rady*, co terapeuci częściowo rozumieli jako wyuczoną bezradność, efekt symbiozy z bardzo lękową matką. Matka pacjenta miała trudności w pozwoleniu chłopcu na jakąkolwiek separację i uruchamianie agresji. Na przykład przez długi czas nie wierzyła w to, że syn jest w stanie sam przyjeżdżać do ośrodka, odprowadzała go, czekała i odwoziła z powrotem do domu. W sytuacji tej pacjent nie wiedział, co zrobić, gdy uczestnicy grupy wychodzili na przerwę — chciał iść z nimi, ale widząc czekającą matkę rezygnował z kolegów i szedł do niej. Rozmowa o tym w grupie pozwoliła Wojtkowi uporządkować pojawiające się sprzeczne uczucia. Ponadto okazało się, że to nie on boi się sam przyjeżdżać do ośrodka, tylko matka boi się go puścić samego. Przykład ten obrazuje typowe dylematy separacyjne i to, jak wielką rolę w procesie separacji odgrywają rodzice. Terapeuci przeprowadzili krótką edukacyjną rozmowę z matką pacjenta, na skutek czego chłopiec zaczął sam przychodzić na spotkania. Nazwanie pojawiających się w takiej sytuacji sprzecznych pragnień, akceptacja pojawiających się uczuć były niego i dla grupy bardzo ważne, modelujące i korektywne.

Inny pacjent — Piotr — opowiedział grupie o swojej bezradności wobec młodszego brata, którym musiał się stale opiekować. Skarżył się na natłok obowiązków związanych z jego pielęgnacją, oraz na to, że nie pozwalają mu one na zajmowanie się sobą, zabawę, naukę itp. Inni pacjenci słysząc to zaczęli złościć się na rodziców Piotra i na jego brata. Było to bardzo odkrywcze dla tego pacjenta, gdyż wcześniej nie dopuszczał możliwości złościenia się w tej sytuacji. Ponadto spotkał się ze zrozumieniem i akceptacją zarówno ze strony dorosłych (terapeuci), jak i rówieśników. Grupa pokazała mu, że nie musi być bezradny, może powiedzieć mamie o tym, że chce mieć też czas dla siebie. Okazało się, że Piotr, gdy miał tyle lat co brat, był już samodzielny, dlatego warto, by uświadomił to rodzicom, kiedy będzie domagał się większej swobody. Piotr przyjmował te komentarze z ambiwalencją (częściowo z lękiem), wydaje się jednak, że uczynił wtedy bardzo ważny krok w stronę poprawienia swojej sytuacji.

Można by mnożyć podobne przykłady terapeutycznych oddziaływań grupy. Warto jednak zwrócić uwagę na to, że mamy tu do czynienia zarówno z modelującym wpływem rówieśników, jak i doświadczeniem alternatywnej relacji z dorosłymi. Udział w grupie nie był dla pacjentów jedynym środkiem terapeutycznym, pozwalającym rozwiązać wszystkie trudności, jednak wyraźnie pozwalał zlokalizować obszary problemowe i częściowo się nimi zająć.

7. Koniec pracy grupy

Terapeuci na pierwszym spotkaniu informowali uczestników o terminie końca terapii. W toku pracy temat ten nie pojawiał się spontanicznie, dlatego też, kiedy do wyznaczonej

daty zakończenia zostawało około pięciu, sześciu spotkań, prowadzący przypominali grupie o zbliżającym się rozstaniu. Zazwyczaj informacja ta spotykała się z różnymi reakcjami ze strony pacjentów. Najczęściej, w pierwszym odruchu, zaprzeczali oni zbliżającemu się końcowi, pojawiały się wyobrażenia kontynuacji spotkań po wakacjach, pragnienia pozostawania w relacji ze współuczestnikami i z terapeutami. Problematyka separacyjna, charakterystyczna dla adolescencyjnych pacjentów, pojawiała się wyraźniej. Uczestnicy grupy manifestowali rozmaite sposoby reakcji na utratę, począwszy od zachowań typu acting out (opuszczanie spotkań, wcześniejsze wychodzenie z zajęć), poprzez złość na terapeutów za niespełnienie ich pragnień, smutek i żal. W tym czasie prowadzący klasyfikowali pojawiające się uczucia, konfrontowali pacjentów odwołując się do rzeczywistości — koniec gimnazjum, przejście do nowej szkoły, perspektywa utraty bliskich osób.

W końcowym stadium terapii terapeuci ponownie proponowali pewne zadania, które miały ułatwić rozstawanie się z grupą. Jednym z ćwiczeń był tak zwany wykres grupy. Zadanie pacjentów polegało na przedstawieniu historii swojego udziału w grupie w postaci rysunku. Mógł to być wykres albo mapa z zaznaczoną drogą, na których znalazłyby się początek i koniec spotkania, wszystkie ważniejsze fakty, towarzyszące im uczucia. Ćwiczenie to pozwalało pacjentom w bezpieczny sposób prześledzić swój udział w grupie, uświadomić sobie, że był to pewien ograniczony, zamknięty okres, w którym doświadczali bardzo różnych uczuć. Na rysunkach tych zaznaczali swoje przyście do grupy, pojawianie się i odchodzenie ważnych dla siebie osób, przypominali sobie sytuacje, które miały dla nich znaczenie. Na przykład Daria, pacjentka, która miała poważne problemy z chodzeniem do szkoły (wagary, złe stopnie), przypominała moment, gdy zaczęła opuszczać spotkania grupy, „wagarować”. Napisała na wykresie, zaznaczając to miejsce jako „dół”: *niektórzy przestali przychodzić, chyba też przestanę*. Rzeczywiście był taki moment, kiedy Daria zachowywała się wobec prowadzących podobnie jak w stosunku do nauczycieli, a ośrodek traktowała jak szkołę. Przychodziła na przykład do ośrodka, spotykała się z koleżanką, pokazywała się terapeutom, po czym nie pojawiała się na zajęciach. Sytuacje te były wielokrotnie interpretowane i omawiane, dzięki czemu pacjentka nie odtworzyła niekorzystnego schematu ze szkoły, zaczęła aktywnie uczestniczyć w spotkaniach, na koniec okazało się, że była jedną z osób, które w widoczny sposób skorzystały z terapii.

Mimo różnych trudnych momentów, pacjenci przeżywali grupę jako ważną, a rozstanie było dla nich niechcianym doświadczeniem. Ostatnie sesje były okazją do podejmowania szczerych interakcji między uczestnikami, w których wyrażali swoje myśli i uczucia w stosunku do kolegów z grupy i do prowadzących. Zazwyczaj najtrudniejsze momenty, w których przeżywali lęk i niepokój, wiązały się z początkiem pracy i z sytuacjami, gdy ktoś odchodził z grupy. Terapeuci proponowali różne struktury umożliwiające wzajemne informacje zwrotne i porządkowanie doświadczeń grupy. Zawsze też zapewniali pacjentów o tym, że każdy z nich otrzyma pewne propozycje dotyczące ewentualnych dalszych kontaktów terapeutycznych — informacje zostaną przekazane na spotkaniu po zakończeniu terapii, na które uczestnicy mają przyjść wraz z rodzicami. Propozycja taka zazwyczaj działała uspokajająco, dawała nadzieję, chociaż trudno było pacjentom przyjąć fakt, że spotkania w tej grupie, w tym składzie, z tymi prowadzącymi nieuchronnie zmierzają do końca.

Na ostatnim spotkaniu terapeuci proponowali pewne rytuały zamykające doświadczenie

grupowe, pozwalające symbolicznie pożegnać się i zabrać coś dla siebie. Na przykład na zakończenie opisanych tu spotkań zdjęli wielki plakat namalowany przez grupę, zatytułowany „Nasza grupa na wyspie”, który przez kilka miesięcy wisiał na ścianie obok innych prac wykonanych przez pacjentów. Następnie rozłożyli go na podłodze, rozsypali na nim kolorowe kamyki, mówiąc: *morze wyrzuciło na brzeg naszej wyspy kamyki, każdy z was może wybrać dla siebie jakiś, pomyśleć życzenie i zabrać go do domu*. Innym ćwiczeniem kończącym pracę grupy było pisanie do siebie podsumowujących listów.

W przypadku młodszych grup, po ostatniej sesji, uczestnicy i terapeuci wspólnie szli na lody. Zdarzyło się, że ostatnie spotkanie wypadło w Międzynarodowy Dzień Dziecka; stało się to okazją do zaakcentowania sprzecznych pragnień i tendencji, tak charakterystycznych dla adolescencji. Terapeuci zwrócili uwagę pacjentom na to, że z jednej strony mogą się czuć dojrzały i samodzielni, z drugiej natomiast naturalne są momenty, kiedy chcą być traktowani jak dzieci. Dotyczy to zwłaszcza pragnień, zaspokajania potrzeb, wszelkich gratyfikacji. Ostatnie spotkania grupy służyły zintegrowaniu przez pacjentów przeżyć związanych z udziałem w grupie i korzystnym rozwiązaniu lub przekształceniu zależności terapeutycznej.

Koniec terapii był okresem, w którym terapeuci intensywnie korzystali z superwizji planując propozycje dla poszczególnych pacjentów oraz przyglądając się własnym wątkom pojawiającym się w relacji do grupy i siebie nawzajem.

IV Przeniesienie i przeciwprzeniesienie

Zagadnienia przeniesienia i przeciwprzeniesienia wymagają odrębnego potraktowania z kilku względów. Po pierwsze, o ile zostaną właściwie rozpoznane, mogą się stać ważnym elementem pracy terapeutycznej w proponowanym przez nas modelu pracy. Po drugie umożliwiają terapeutom dostrzeżenie własnych reakcji utrudniających terapię.

Mówiąc o przeniesieniu w pracy z adolescentami, należy wspomnieć o jego specyfice, związanej z tym okresem wiekowym. Specyfika ta z jednej strony przejawia się w treściach, które wnoszone są w relacji z terapeutami i z grupą, z drugiej zaś ze sposobem ich przeżywania. W mniejszym stopniu mamy tu do czynienia z przeżywaniem typu „jak gdyby”, ze zdolnością refleksyjności i odróżniania tych uczuć, które wynikają z przeszłych doświadczeń związanych z autorytetami rodzicielskimi, od uczuć przeżywanych w stosunku do terapeutów. Mamy więc tutaj do czynienia z dużo większym udziałem dosłowności i z mniejszym symboliczności niż w psychoterapii dorosłych [por. 16]. Spotykaliśmy się wręcz ze stwierdzeniami typu: *Jezuuu, dokładnie, jak moja mama...* (w odpowiedzi na reakcję zaniepokojenia ze strony terapeutów łamaniem pewnych norm społecznych), jak również: *mamo, no co ty...* (ta sama osoba ironicznie). Grupa i terapeuci są postrzegani na zasadzie podobieństwa do rodziny lub do szkoły. Jedna z osób, która opuściła spotkanie grupy, mówiła np. dlaczego nie było jej na poprzedniej „lekcji”, po chwili poprawiając się. Nierzadko spotykaliśmy się też z obsadzaniem terapeutów w roli obiektów prześladowczych, które są np. w stanie ukarać (poprzez komentarz) za złość, którą się w stosunku do nich czuje. Jednym z najczęstszych przejawów tego typu uczuć jest np. silne prowokowanie karcącej postawy terapeutów. Np. jeden z nastolatków opowiadał z wyraźną dumą: *byłem na imprezie z kumplami i upilem się piwem, tak samo będzie na sylwestra*. Trudność sytuacji polega tu z jednej strony na postawieniu jasnej granicy i wyrażeniu swojej opinii,

a z drugiej — na zrobieniu tego w taki sposób, aby nie „wpisać się” w rolę obiektu, który odrzuca, gani, tylko zakazuje itd.

Zazwyczaj po pierwszej fazie konsolidacji i tłumienia różnych uczuć w stosunku do grupy i terapeuty, następowała faza ich swobodniejszego wyrażania, choć najczęściej nie wprost. Przejawiało się to np. w odrzucaniu proponowanych przez terapeutów ćwiczeń, milczeniu, zakłócaniu przebiegu spotkania, łamaniu norm, nieobecności, rezygnowaniu z uczestnictwa itd. Szczególnie ujawniało się to w drugiej fazie pracy grupy. Zbiegało się to np. ze znalezieniem jakiejś „przypadkowo” zniszczonej rzeczy w toalecie ośrodka lub uporczywym dzwonieniem domofonem przez tajemniczego nieznanego itp. Trzeba powiedzieć, że relacja przeniesieniowa nie dotyczyła tylko samej grupy i terapeutów, lecz także całego ośrodka.

W stosunku do terapeutów odzwierciedla się stosunek do autorytetów w ogóle. U osób unikających konfrontacji z kryzysem adolescencji, będących jeszcze w fazie latencji lub regresujących się, jest to postawa „współpracy” z terapeutami (co najczęściej koreluje z trudnościami w „znalezieniu się” w grupie), czasami zaprzeczenia złości lub lęku przed aktywnościami podejmowanymi przez odważniejszych i „zbuntowanych” uczestników grupy. U osób konfrontujących się z różnymi konfliktowymi treściami są to często oczekiwania sprzeczne. Np. wspomniana już postawa przeszkadzania w pracy grupy może być spowodowana wówczas nie tyle nieświadomą chęcią sprowokowania terapeutów do agresji, co wyrazem silnego pragnienia uwagi, opieki, podziwu itd., które nie mogą być wyrażone wprost. Oczywiście jest, że potrzeby te, o ile nie są zupełnie nieadekwatne, muszą być w dużym stopniu w terapii adolescentów zaspokajane.

Zgodnie z normą rozwojową, częstą postawą jest bunt i złość. Jeżeli nie przekracza pewnych granic, jest zjawiskiem prorozwojowym, aczkolwiek często trudnym do wytrzymania dla osób dorosłych. Bardzo często spotykamy się tutaj z zachowaniami, które można nazwać „testowaniem granic”, sprawdzaniem na jak dużo można sobie pozwolić wobec dorosłego. W grupie młodszej spotkaliśmy się z takim nasileniem tych tendencji u jednego z chłopców, że praktycznie uniemożliwiało to przeprowadzenie jakiegokolwiek pracy grupy (przerywanie prawie każdego ćwiczenia, negowanie instrukcji, używanie dużej ilości wulgaryzmów i inne). Po kilku spotkaniach terapeuci, po konsultacji superwizyjnej, podjęli decyzję o zmianie formy terapii na kontakt indywidualny. Decyzja taka jest zawsze mniejszym złem i nigdy nie jest korzystna dla pracy grupy. Tak też było w tym wypadku — wiele z pozostałych osób przeżyło to jako „wyrzucenie z grupy”, „karę za bycie niegrzecznym” itp. Pojawiły się również lęki o to, czy terapeuci nie powtórzą tego kroku.

Podobnie jak reakcja buntu, zachowaniem przypisanym do tego wieku wydaje się acting out. Oprócz wspomnianych już przez nas zachowań tego typu, trzeba powiedzieć, że zachowania takie są w pewnym sensie prowokowane przez samą strukturę terapii, w której proces jest stymulowany przez różne ćwiczenia związane np. z ruchem. Zachowanie takie może być dla adolescenta np. szybkim źródłem gratyfikacji, wzmacniającym jego poczucie wartości.

Inną kwestią jest pojawiająca się w tym wieku erotyzacja kontaktu, co również jest związane ze zmianami rozwojowymi. Zauważalna jest ona zarówno w kontaktach pomiędzy uczestnikami grupy (nawiązywanie pierwszych sympatii), jak i w relacji do terapeutów. Występuje tutaj pragnienie potwierdzenia własnej (często przeżywanej niepewnie) atrakcyjności w oczach terapeutów.

Innym obszarem przeniesienia obecnego w grupie są relacje pomiędzy uczestnikami grupy. Następuje tutaj odwzorowanie sposobu wchodzenia w relację z innymi rówieśnikami, najczęściej w szkole. Grupa daje tutaj dużą szansę zmiany zachowań. Z jednej strony wspólne uczestnictwo w ćwiczeniach i bezpieczne warunki oraz obserwacja innych pozwalają np. przełamać nieśmiałość, z drugiej zaś np. nauczyć poszanowania granic innych. Podobnie jak w grupie osób dorosłych, niepokojącym zjawiskiem jest funkcjonowanie jednego z uczestników w roli kozła ofiarnego. W grupach młodszych osobami, które prowokowały wrogie zachowania ze strony grupy, nie były raczej osoby milczące (najczęściej uaktywniały się bowiem poza grupą), lecz raczej osoby pozwalające sobie np. na obraźliwe komentarze względem innych uczestników lub o wyraźnej tendencji do zachowań infantrylnych.

Jeśli chodzi o przeciwprzeniesienie, spotykaliśmy się z następującymi wątkami:

- tendencją do występowania w roli „surowych” autorytetów w odpowiedzi na niektóre z prowokacyjnych zachowań adolescentów (widać to bardzo często w szkołach); przeżywaniem złości, znużenia, irytacji i innych silnych emocji w stosunku do pacjentów; tendencją do niezauważania (lub nawet odrzucania) pewnych pacjentów (szczególnie tzw. milczących) lub traktowania ich jako pacjentów „dobrych” (nie przeszkadzających) — mieści się tutaj bardzo szerokie spektrum reakcji emocjonalnych, które „stałe przypominają, że jest wiele znacznie łatwiejszych od adolescencji okresów życia” [18];
- tendencją odwrotną — do identyfikowania się z pewnymi aspektami osobowości adolescentów i odpowiadania im wówczas z pozycji rówieśnika; przeżywaniem roli dorosłego (np. jako kogoś, kto musi pilnować przestrzegania podstawowych reguł) jako wyjątkowo niewdzięcznej, nawet przeżywaniem z tego powodu poczucia winy względem dorastających pacjentów;
- tendencją do przeżywania siebie jako rodzica „idealnego” i wspomnianego już nieświadomego, rywalizacyjnego nastawienia w stosunku do rodziców realnych;
- elementami przeciwprzeniesienia erotycznego związanego z „wybuchem” seksualności u adolescentów (szczególnie dziewcząt) i ich wspomnianą chęcią do potwierdzania swojej atrakcyjności w oczach terapeutów.

Jak można się zorientować z powyższych uwag, postawa terapeutyczna musi być więc wyważana w opozycji do skrajności: nadmiernej identyfikacji z pacjentem młodzieżowym (co jest najczęściej odpowiedzią na oczekiwania) i przeciwprzeniesieniowym powtarzaniem negatywnych schematów (odrzuceń itp.). Najważniejszym terapeutycznym sposobem wykorzystania przeniesienia i przeciwprzeniesienia, i jednym z głównych środków terapeutycznych, nie jest w tej grupie wiekowej, rzecz jasna, wgląd, lecz dostarczenie „korektywnego doświadczenia emocjonalnego” [15], odpowiednie bowiem rozeznanie i zrozumienie własnych uczuć i przeniesień pacjentów pozwala na ukształtowanie takiej postawy, która zapobiegnie negatywnemu przymusowi powtarzania przez pacjentów przykrych doświadczeń z relacji ze znaczącymi osobami.

Odrębnym zagadnieniem w aspekcie przeniesienia i przeciwprzeniesienia jest wpływ, jaki ma na grupę relacja pomiędzy terapeutami, trzeba bowiem pamiętać, że funkcjonują oni w roli przeniesieniowych rodziców, co może uruchamiać szeroką gamę emocji, począwszy od poczucia bliskości, lęku przed nadmierną bliskością do wzajemnej niechęci

i silnej rywalizacji włącznie. Banałem jest stwierdzenie, że przeniesienie i przeciwprzeniesienie (zarówno w grupie, jak i pomiędzy terapeutami) mogą być rozpoznane tylko na drodze superwizji.

V Wnioski

Podsumowując nasze uwagi dotyczące grupowej psychoterapii pacjentów w wieku gimnazjalnym, chcielibyśmy skrótowo omówić kilka zagadnień. Ze względu na fakt, że nie była prowadzona żadna sformalizowana procedura badania skuteczności terapii, nasze wnioski musieliśmy opierać na obserwacji objawów, superwizji i własnej refleksji.

Trudno określić, w jakim stopniu wypadnięcia z terapii lub częste nieobecności były pochodnymi specyfiki tego okresu rozwojowego, indywidualnych problemów pacjentów, postawy rodziców itd., a w jakim konsekwencją błędów terapeutycznych i braku wystarczającego doświadczenia terapeutów. Z perspektywy czasu sądzimy, że od strony terapeutów zjawiska te mogły być powodowane takimi czynnikami, jak: czasowe nieobecności, brak komentowania odczuć pojawiających się po rozpadzie par w grupie (wypadnięcie z grupy co najmniej jednego z chłopców wiążemy z uczuciem zakłopotania wobec dziewczyny, z którą wcześniej się zbliżył), czasami tendencją do zbyt dorosłego traktowania pacjentów (a co za tym idzie nadużywanie oddziaływań werbalnych kosztem zabaw) i inne. Ogólnie wydaje się nam, że w trakcie pracy grupowej z pacjentami w tym wieku trzeba przyjąć możliwość pojawienia się takich zjawisk, jak: „wypadnięcia”, nieobecności i naruszanie settingu, acting outy i inne, co często jest związane ściśle ze specyfiką tego wieku. Ważne wydaje się również zadbanie o właściwą relację z rodzicami, przymierze terapeutyczne nie dotyczy bowiem tylko nastolatków, ale również ich rodziców. Za najbardziej niekorzystne zjawiska uważamy rezygnacje i wypadnięcia z grupy (zwłaszcza tych osób, u których można się domyślać powtarzania urazu w kontaktach z rówieśnikami i osobami znaczącymi), a także usunięcie z grupy jednego z uczestników, co było przede wszystkim konsekwencją błędu w dokonywaniu kwalifikacji.

Wydaje się, że najbardziej z terapii skorzystały osoby, które uczęszczały na nie przez dwa lata lub te, które utrzymały się później w kontakcie indywidualnym (materiał z grupy jest wtedy bardzo dobrym tematem do przepracowania). Trzeba w tym miejscu przypomnieć, że jest to wiek rozwojowy, w którym szybko następują zmiany, ale również szybko mogą się one cofnąć. Najważniejszym efektem terapeutycznym wydaje się nam dostarczenie wielu różnych korektywnych doświadczeń emocjonalnych, wspierających naturalne procesy prorozwojowe, nawet jeśli nie następowała całościowa zmiana zachowania i przeżywania, ta ostatnia nie może bowiem nastąpić w grupie o charakterze krótkotrwałym. Dowodem zachodzenia korzystnego procesu emocjonalnego były dla nas emocje i oceny, wypowiedane w końcowej fazie terapii, a także często zgłaszane pragnienia uczestnictwa w grupie w następnym roku. Na zakończenie można wymienić kilka spośród dostrzeżonych przez nas korzystnych zmian u uczestników grup. Są to np.: podniesienie poczucia własnej wartości, przekonanie się o własnej atrakcyjności dla rówieśników, co przejawiało się np. w przełamywaniu nieśmiałości i większej pewności siebie. Za szczególnie ważne uznajemy niewielkie nawet zmiany sposobów ekspresji złości. Zamiast przeniesieniowych odreagowań poprzez zachowania antyspołeczne, u wielu osób zwiększyła się umiejętność jawnej i bezpiecznej ekspresji złości zarówno pod adresem rówieśników, jak i dorosłych (terapeutów). U niektórych nastolatków z takimi tendencjami zauważyliśmy większe

przestrzeganie pewnych norm społecznych i zarysowanie się granicy zachowania, której nie powinno się przekraczać (w tym zakresie za korzystne uznawaliśmy pojawienie się poczucia winy). Inne korzystne zmiany to np. nabycie umiejętności nazywania emocji i sytuacji interpersonalnych, a także akceptacji niektórych trudnych w tym wieku emocji (np. związanych z seksualnością i agresywnością, wątkami separacyjnymi itp.). W sumie taka forma pracy wydaje nam się propozycją bardzo korzystną i ciekawą (również dla terapeutów), zwłaszcza jeśli może być ona prowadzona w określonej strukturze (superwizja, możliwość łączenia jej np. wcześniej lub później z innymi formami terapii) i w dłuższej perspektywie.

Piśmiennictwo

1. Badura W, Bomba J, Orwid M. Spostrzeżenia z psychoterapii grupowej na oddziale psychiatrii młodzieżowej. *Zdrowie Psychiczne* 1970; 1–2: 161–166.
2. Badura W, Bomba J, Orwid M, Zadęcki J. Uwagi o psychoterapii grupowej młodzieży. *Psychiatr. Pol.* 1979; 4: 377–381.
3. Popek L, Stasiak B. Psychoterapia grupowa młodzieży w warunkach ambulatoryjnych — doświadczenia, problemy, refleksje. W: *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*. Kraków, 2000, s. 11–17.
4. Bomba J. Psychoterapia młodzieży. W: *Popielarska A, Popielarska M, red. Psychiatria wieku rozwojowego*. Warszawa: PZWL; 2000.
5. Woynarowska B. Środowisko szkolne a zdrowie psychospołeczne dzieci i młodzieży. W: *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*. Kraków: 2000.
6. Erikson E H. *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Rebis; 2000.
7. Laufer M, Laufer ME. *Adolescence and developmental breakdown. A psychoanalytic view*. London: Karnac (Books) Ltd.; 1995.
8. Ruszkowska E. Okres adolescencji w ujęciu psychoanalitycznym. Warszawa: *Dialogi 1–2, Wydawnictwo Zeszyty Instytutu Psychoanalizy i Psychoterapii*; Warszawa, s. 31–36.
9. Ryczko A. Między latencją a adolescencją. W: *Walewska K, red. Dziecko*. Warszawa: *Dialogi 1–2, Wydawnictwo Zeszyty Instytutu Psychoanalizy i Psychoterapii*, 2002; 45–53.
10. Wyszyńska G. Rola ojca w rozwoju dziecka. *Dialogi 2, Wydawnictwo Zeszyty Instytutu Psychoanalizy i Psychoterapii*; Warszawa, s. 33–41.
11. Schon L. *Synowie i ojcowie. Tęsknota za nieobecnym ojcem*. Gdańsk: GWP; 2002.
12. Tryjarska B. Psychoterapia grupowa. W: *Grzesiuk L, red. Psychoterapia. Szkoły, zjawiska i specyficzne problemy*. Warszawa: PWN; 1994.
13. Bernard HS, MacKenzie KR. *Podstawy psychoterapii grupowej*. Gdańsk: GWP; 2000.
14. Corey MS, Corey G. *Grupy. Zasady i techniki grupowej pomocy psychologicznej*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości; 1995.
15. Chomeczyńska-Miliszkiwicz M, Pankowska D. *Polubić szkołę*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1988.
16. Rojewska J. *Grupa bawi się i pracuje. Zbiór grupowych gier i ćwiczeń psychologicznych*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza UNUS; 2000.
17. Hendren RL. Adolescent psychotherapy research: A practical review. *Am. J. Psychotherapy* 1993; 47: 334–344.
18. Sarles RM. Transference — countertransference issues with adolescents: Personal reflections. *Am. J.*

