

Katarzyna Prot-Klinger

## ANALIZA GRUPOWA PACJENTÓW PSYCHOTYCZNYCH

### GROUP ANALYTIC PSYCHOTHERAPY OF PSYCHOTIC PATIENTS

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

group analysis  
psychosis  
countertransference

#### Streszczenie

**Cel:** Praca przedstawia podstawy teoretyczne analizy grupowej pacjentów psychotycznych oraz korzyści wynikające z tej formy psychoterapii.

**Metoda:** Autorka dyskutuje zalecane w literaturze modyfikacje techniki grupowej w oparciu o doświadczenia własne.

**Wyniki:** Zdaniem autorki zalecenia dotyczące bardziej dyrektywnego, ustrukturyzowanego prowadzenia grupy związane są z instytucjonalnymi formami leczenia tych pacjentów oraz z mechanizmami przeciwp przeniesieniowymi, a nie z ich rzeczywistymi potrzebami psychologicznymi. Formuluje ona tezę, że pacjenci „psychotyczni” mogą odnieść korzyści z włączania ich do grup pacjentów z różnymi rozpoznaniem i (heterogennych), a także, że obecność pacjentów „psychotycznych” w tych grupach może być korzystna dla jej uczestników.

#### Wnioski:

1. Analityczna terapia grupowa jest właściwym rodzajem terapii wobec pacjentów „psychotycznych”.
2. Osoby z doświadczeniem psychozy powinny być włączane do grup analitycznych, tak jak inne osoby na zasadzie arki Noego. Wymaga to oczywiście od terapeuty przekonania, że pacjenci z objawami psychozy są w stanie korzystać z psychoterapii i umiejętności pracy z objawami psychotycznymi.
3. Pacjenci „psychotyczni” doświadczają wykluczenia nie tylko przez społeczeństwo, ale także poprzez sposób myślenia o nich przez terapeutów i instytucje leczące.

#### Summary

**Goal:** The article presents a theoretical rationale for group analytic therapy of psychotic patients, as well as benefits resulting from the application of this form of psychotherapy to this specific patient group.

**Method:** Modifications of group techniques recommended in the literature are discussed with reference to the author’s own clinical experiences.

**Results:** The author believes that recommendations concerning a more directive and more structured leadership style in group psychotherapy are associated with the institutional form of treatment provided to these patients and with countertransference mechanisms, and not with their genuine psychological needs. In her opinion, firstly, psychotic patients may benefit from their inclusion into heterogeneous groups that comprise patients with different diagnoses, and secondly, the presence of psychotic patients may be beneficial to other group members.

**Conclusions:**

1. Analytic group therapy is an appropriate method of treatment for “psychotic” patients.
2. Persons who have experienced psychosis should be included into analytic groups in the same way as other patients, on the Noah’s ark principle. Obviously, the therapist must be convinced that patients with psychotic symptoms are able to benefit from psychotherapy, and besides, he must have clinical skills required when working with psychotic symptoms.
3. “Psychotic” patients are affected by exclusion not only in their communities but also due to the way of thinking about them that predominates among therapists and in treating institutions.

W niniejszej pracy chciałabym podsumować moje doświadczenie prowadzenia grupy oraz superwizji grup pacjentów psychotycznych metodą analizy grupowej. Te drugie prowadzone są w różnych kontekstach — gabinetu prywatnego, oddziału dziennego, środowiskowego domu samopomocy, poradni zdrowia psychicznego.

Grupa własna prowadzona jest przeze mnie w ramach mojego gabinetu, obecnie w koterapii. Wszystkie osoby uczestniczące w niej miały doświadczenie ostrej psychozy i związanej z tym hospitalizacji. Grupa prowadzona jest klasyczną metodą analizy grupowej w rozumieniu foulkesowskim „wolno płynącej dyskusji” z zastosowaniem interpretacji zarówno indywidualnych, jak i grupowych. Grupa ma charakter półotwarty, liczy nie więcej niż 8 osób, spotyka się raz w tygodniu na 1,5 godziny. Obowiązuje zasada abstynencji.

Twierdzenie, że metoda terapii grupowej jest korzystna dla zdrowienia pacjentów z rozpoznaniem psychoz jest wyważaniem otwartych drzwi. Grupy takie prowadzone są powszechnie na oddziałach dziennych, rehabilitacyjnych czy pierwszych psychoz. Często mają charakter psychoedukacyjny. Ich celem jest nauczenie pacjenta lepszego radzenia sobie z objawami choroby. Powstaje pytanie, czy można taką grupę określić jako grupę psychoterapeutyczną, to znaczy, czy psychoedukacja jest psychoterapią? Wydaje się, że w dużym stopniu zależy to od rozumienia przez osoby prowadzące, czym jest „psychoedukacja”. Jeżeli interwencje psychoedukacyjne pomagają pacjentowi rozpoznawać stany psychiczne, pokazują, że jego objawy można rozumieć w kontekście dotychczasowych doświadczeń życiowych i docierają do znaczenia objawu, to z pewnością oddziaływania te mają charakter psychoterapeutyczny. Ryzykiem grup psychoedukacyjnych jest forsowanie biomedycznego opisu choroby, który zamiast włączać doświadczenia pacjenta w zwykłe doświadczenie ludzkie, tworzy oddzielną kategorię doświadczeń „dziwaczkich”, „nienormalnych”. Bywa, że pacjent uczony jest rozpoznawania objawów jako czegoś odrębnego od „ja”. Jest zachęcany do zapisywania pierwszych oznak choroby, tak jakby były oderwane od przeżywania czy niemożliwe do zrozumienia. Może to wzmacniać poczucie rozszczępienia pacjenta na niepodlegające integracji „ja-normalne” i „ja-chore”.

**Analiza grupowa**

Poprzez analizę grupową rozumiem leczenie grupowe przede wszystkim w ujęciu foulkesowskim, czyli terapię grupy poprzez grupę z udziałem terapeuty [1]. Terapeuta ułatwia rozwój grupy, podąża za grupą, interweniuje, jeżeli grupa nie jest w stanie poradzić sobie sama, stosuje przede wszystkim interwencje grupowe (do grupy jako całości), aczkolwiek dopuszcza również interpretacje indywidualne. Foulkes zakładał, że grupa może przyjmować psychotycznego członka, ale nie prowadził grup pacjentów psychotycznych, nie pisały o nich też inne osoby z jego szkoły.

W kontekście grup pacjentów psychotycznych istotne są także idee Biona [2], przede wszystkim traktowanie grupy jako kontenera, w który projektowane są w mechanizmie identyfikacji projekcyjnej elementy beta i przekształcane w myśli niosące znaczenie (elementy alfa). Pomieszczenie jest zdolnością do przyjmowania w siebie projekcji innej osoby, żeby je odczuć i zrozumieć [3]. Umożliwia to ich przekształcenie i zwrócenie w postaci komunikatu w tej zmodyfikowanej formie. Proces ten, w relacji matka — dziecko pozwala niemowlęciu na przeżywanie własnych uczuć i rozwój myślenia. Jest podstawą każdej terapii analitycznej, ale szczególną wagę ma w terapii pacjentów psychotycznych, którzy mają trudności w rozpoznawaniu własnych stanów emocjonalnych i których myślenie bywa poważnie zniekształcone. W terapii tych pacjentów ważne jest przekładanie doświadczeń na słowa oraz integrowanie rozproszonych, pomieszanych lub rozszczepionych aspektów procesu pre-myślowego pacjenta w umyśle terapeuty dla nadania im sensu i znaczenia.

### **Pacjenci psychotyczni w rozumieniu analitycznym**

Kiedy pisze się o grupach pacjentów psychotycznych, trzeba określić, co rozumie się poprzez psychozę. Jak wiemy, psychoanalitycy używając tego określenia mają często na myśli psychotyczny poziom zaburzenia, czyli fiksację na poziomie fazy symbiotycznej [4] lub też psychotyczną organizację osobowości, w której istotne jest wykształcenie się odrębnego obszaru psychiki — „azylu” [5]. Konsekwencją tej fiksacji są trudności w rozróżnianiu rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej. W klinicznym rozumieniu psychozy większy nacisk położony jest na zaburzenia w testowaniu rzeczywistości, objawy w postaci urojeń czy omamów. Kernberg [6] zaproponował strukturalną diagnozę psychozy, łączącą opisane deficyty, w której zaburzenia testowania rzeczywistości związane są z zaburzeniami zdolności rozróżniania zewnętrzne/wewnętrzne oraz self/obiekt oraz prowadzą do niezdolności realistycznej oceny własnego zachowania, afektu i myślenia w kontekście reguł społecznych. Konsekwencją tego są okresowo występujące stany określane jako psychoza — halucynacje słuchowe, urojenia, problemy z myśleniem i koncentracją oraz wycofanie i brak motywacji.

Podsumowując wkład podejścia analitycznego w rozumienie pacjentów psychotycznych, uważam, że podstawowym odkryciem była myśl Freuda, że niezrozumiałe wypowiedzi i objawy pacjenta dają się zrozumieć w kontekście jego dotychczasowych doświadczeń życiowych i że proces psychoterapii jest nadawaniem sensu pozornie bezsensownym objawom.

Najbardziej spójną koncepcję psychozy i związanej z tym techniki terapeutycznej stworzyli kleinieści [7]. Według tej szkoły dziecko używa rozszczepienia i projekcyjnej identyfikacji, żeby zachować wczesny obiekt. Z czasem jest w stanie kontenerować rozszczepione części siebie oraz innych i prymitywne obrony nie są już potrzebne. U psychotyków, zdaniem szkoły Klein, nie dochodzi do tego etapu dojrzałości. Bliskość i wchodzenie w relację doprowadza do regresji i wzbudzenia prymitywnych obron. Atak na te obrony doprowadza do wycofania z relacji lub psychozy. W tym rozumieniu główną dysfunkcją w psychozie jest zaburzenie w zdolności do relacji z innymi. Celem terapii według Klein jest rekonstrukcja rozszczepionego ego i dalszy jego rozwój przez fazę schizoidalno-paranoidalną do fazy depresyjnej. Zmiana ta jest możliwa przez nawiązanie głębokiej relacji

terapeutycznej, analizę przeniesienia i wzmacnianie mniej zaburzonych elementów ego (niepsychotyczna część według Biona [8]).

Tak więc Klein [7, 9] wyróżnia dwie pozycje, które pełnią również funkcję faz rozwojowych: schizoidalno-paranoidalną i depresyjną. Często pozycja depresyjna postrzegana jest jako oznaka zdrowia, a schizoidalno-paranoidalna jako „chora”. Utworzenie dwubiegunowości pozycji schizoidalno-paranoidalnej można postrzegać także jako osiągnięcie rozwojowe [10]. Pozwala to na późniejszą swobodną oscylację pomiędzy pozycjami w ciągu życia. U pacjentów psychotycznych nadmierne rozszczepienie wynikające z lęku prześladowczego i zawiści prowadzi do fragmentacji.

Istotną koncepcją mającą szczególne znaczenie w terapii pacjentów psychotycznych jest wspomniana już koncepcja Biona [11] dotycząca kontenerowania. Bion [8] widział źródło psychozy w załamaniu relacji pomiędzy matką a dzieckiem z powodu niezdolności matki do przekształcenia projekcji dziecka. Może to wynikać z siły i destrukcyjności tych projekcji bądź z trudności po stronie matki. W takiej sytuacji w niemowlęciu zostaje zainstalowany obiekt niszczący, wykorzystujący i oceniający. W dalszej konsekwencji jest to surowe i bezwzględne superego pacjentów psychotycznych, z którym stykamy się w czasie ich terapii. Ta nadreprezentacja sił niszczycielskich według Biona prowadzi do ataku na ego i jego fragmentacji na cząstki określane jako „dziwaczne obiekty” stanowiące elementy beta, ego i superego [12].

W związku z tym podstawą leczenia pacjentów psychotycznych jest modyfikacja surowego, archaicznego superego poprzez interpretacje mutacyjne, czyli interpretacje przeniesienia zmieniające jego naturę. Ważne jest, żeby terapeuta nie działał jako „dobry obiekt”, co jest częstą pokusą w leczeniu pacjentów psychotycznych, gdyż wzmacnia to rozszczepienie pomiędzy prześladowczym a wyidealizowanym superego [13].

Ważnym elementem łączącym terapię pacjentów z doświadczeniem traumy i z doświadczeniem psychozy są koncepcje Hanny Segal [14] dotyczące zniszczenia zdolności symbolizacji po doświadczeniu traumatycznym, w którym symbol przeżywany jest jak przedmiot. Według Segal po traumie dochodzi do zrównania symbolicznego, kiedy przedmiot postrzegany jest jako obiekt. Ten sposób myślenia charakterystyczny jest także dla konkretnego myślenia psychotycznego. Jak pisał już Bleuler [15] w odniesieniu do schizofrenii: „Nierzadko, po dokładnej analizie, powinniśmy zadać sobie pytanie, czy nie mamy do czynienia z efektem szczególnie silnej traumy u wrażliwej osoby, a nie chorobą w wąskim rozumieniu tego słowa” [s. 300].

Zarówno faza schizoidalno-paranoidalna, jak i faza depresyjna są sposobem organizacji doświadczenia. Powstaje pytanie, co dzieje się przedtem, kiedy doświadczenie jest zdezinintegrowane, a podstawowym lękiem jest lęk anihilacyjny. Próbą opisaną takiej sytuacji jest faza autystyczno-przylegająca Ogdena [16]. Ta faza jest fazą sensoryczną, w której self jest budowane w oparciu o doświadczenia kontaktu przez skórę. Doświadczenie traumatyczne, a także psychotyczne powoduje powstanie obrony o charakterze autystycznym — odcięcia od rzeczywistości umożliwiającego enkapsulację czy inaczej otorbienie traumy rozumianej jako doświadczenie wewnętrzne lub zewnętrzne.

Ważnym odkryciem szkoły kleinowskiej był opis roli i charakteru projekcji — podstawowego mechanizmu obronnego pacjentów psychotycznych w koncepcji identyfikacji projekcyjnej [17, 18]. Pacjenci psychotyczni umieszczają części swojego self w innych

osobach, przez co sami odczuwają pustkę i derealizację. Umieszczenie części siebie w innych można także traktować jako źródło doznań psychotycznych — urojen wpływ czy odślonienia myśli. Poprzez projekcję self w obiekt self może zawłaszczać cechy obiektu, co prowadzi do przekonania, że jest się inną osobą albo osobą w mocy sił zewnętrznych. Identyfikacja projekcyjna w rozumieniu szkoły angielskiej jest nieświadomą fantazją, zgodnie z którą aspekty self mogą być umieszczane w innych obiektach.

Przedstawiciele szkoły amerykańskiej z kolei przyjmują, że identyfikacją projekcyjną jest zdolność wywoływania uczuć w obiekcie [19]. Rozpoznanie fenomenu identyfikacji projekcyjnej umożliwiło używanie uczuć przeciwp przeniesieniowych do zrozumienia wewnętrznego świata pacjenta. Koncepcja rozumienia pacjenta psychotycznego w oparciu o identyfikację projekcyjną została szczegółowo opisana przez Rosenfelda [20]. Według jego teorii pacjent pozbywa się nieznośnych myśli poprzez umieszczenie ich w umyśle terapeuty. Ze strony pacjenta jest to zarówno próba komunikacji, jak okazanie nadziei, że terapeuta lepiej poradzi sobie z jego (pacjenta) problemami i trudnymi uczuciami.

### Czynniki niespecyficzne w leczeniu grupowym

Do czynników niespecyficznych w leczeniu grupowym należy funkcja grupy jako przestrzeni komunikacyjnej. Konieczne staje się znajdowanie wspólnego języka i uczenie się brania udziału w dialogu grupy. Pacjenci psychotyczni często mają większe deficyty niż inni w zakresie komunikacji. W grupie, którą prowadzę, widoczny był rozwój w tym zakresie. Początkowo każdy pacjent wypowiadał swoją kwestię nie zwracając uwagi na komunikację z innymi. Można to też rozumieć jako stan regresu, w którym sprawiedliwie podzielony jest czas na „karmienie”, ale nie dochodzi do zainteresowania czy komunikacji pomiędzy członkami grupy. W grupach składających się z uczestników na różnym poziomie zaburzenia pacjenci nawet w początkowej fazie grupy często komunikują się przynajmniej dla zachowania konwencji społecznej.

W grupie istnieje możliwość rozumienia objawów w kategoriach interpersonalnych. Szczególnie ważne może być pojawienie się objawów w trakcie trwania sesji i omawianie ich w kontekście sytuacji grupowej. Pacjenci odkrywają, że nie są jedynymi osobami doświadczającymi takich objawów. Jest to istotne oczywiście także w grupach pacjentów bez doświadczenia psychozy, ale przeżycie psychozy i hospitalizacja na oddziale psychiatrycznym często odbierane są jako stygmatyzujące. Usłyszenie, że nie jest się w tym samotnym, pełni szczególną funkcję.

Interesujące jest, że członkowie prowadzonej przeze mnie grupy, mający doświadczenie szpitala psychiatrycznego, zgodnie mówili, że nie sądzili, iż ktoś może mieć podobne doświadczenia. Rozumiem to jako przeżycie okresu hospitalizacji w izolacji chroniącej przed poczuciem, że ma się coś wspólnego z innymi osobami przebywającymi w oddziale.

Jeden z uczestników grupy na swojej pierwszej sesji sformułował potrzebę odzwierciedlenia następująco:

*Chciałem przyjść na grupę osób, które też mają doświadczenie psychozy, bo od momentu zachorowania stale uważam, że to po mnie widać i że muszę uważać, żeby się nie wydać. A tu zobaczyłem, że wy jesteście normalni, nic po was nie widać, żebyście chorowali...*

Także inne uniwersalne doświadczenia grupowe, jak równość członków grupy, branie odpowiedzialności za wydarzenia zachodzące w grupie czy odkrywanie, że jest się ważnym dla innych, pełnią szczególnie ważną funkcję w kontekście często dewaluującego środowiska rodzinnego, w którym choroba oznacza pozbawienie ważności czy odpowiedzialności za codzienne sprawy życiowe.

### Czynniki specyficzne

Z przedstawionych na wstępie analitycznych założeń teoretycznych wynika, że bliskość u pacjentów psychotycznych prowadzi często do dezorganizacji myślenia. Ich doświadczenia terapii indywidualnej pokazują, że skoncentrowanie uwagi na pacjencie prowadzi do zalewu go chaotycznymi uczuciami aż do poziomu całkowicie blokującego kontakt. Jeżeli uwaga dotyczy innych, ci sami pacjenci są w stanie rozpoznawać sytuację i empatycznie na nią reagować, zajmując „pozycję trzeciego” [21]. Byłam zaskoczona wysokim funkcjonowaniem w grupie pacjentów, z którymi kontakt indywidualny bywał bardzo trudny. Relacja diadyczna matka — dziecko z terapeutą oznacza, że ma on odczytywać niewyartykułowany „płacz” [22] pacjenta. Opisy indywidualnych terapii pacjentów psychotycznych pokazują, jak terapeuci tworzą wewnętrzny język z pacjentem, podobny temu, który tworzy się w relacji matka — dziecko [19]. Relacja grupowa wymusza na członkach mówienie językiem dorosłym.

Jeżeli przyjmiemy też, jako założenie, ważność kontenerowania w terapii pacjentów psychotycznych, to zdaniem Garland [23] grupa wykazuje większą stabilność i zdolność pomieszczenia niż terapeuta indywidualny. Grupa kontynuuje swoją egzystencję dla każdego członka niezależnie od tego, czy jest on fizycznie obecny w konkretnym tygodniu czy nie, pozostając w umysłach pacjentów i łącząc ich.

Grupa oferuje bardzo specjalną strukturę, w której każdy członek czuje się nie tylko pacjentem, ale także ma ważną rolę w leczeniu innych. Używając terminologii kleinowskiej można powiedzieć, że pacjent w grupie, karmiąc innych, staje się częścią piersi grupy, a nie tylko (jak w terapii indywidualnej) głodnym dzieckiem. Poczucie, że posiada się zdolność karmienia mityguje zawiść wobec karmiącego obiektu. Używając terminologii kleinowskiej można powiedzieć, że pacjent w grupie, karmiąc innych, staje się częścią piersi grupy, a nie tylko (jak w terapii indywidualnej) głodnym dzieckiem. Poczucie, że posiada się zdolność karmienia mityguje zawiść wobec karmiącego obiektu [23].

Hopper [24] przedstawia 10 punktów, które jego zdaniem przemawiają za leczeniem „trudnych pacjentów” w grupie. Za takich uważa osoby, które przeżywają lęki anihilacyjne oraz lęki związane z poczuciem fragmentacji. Czasami mamy do czynienia z enkapsulacją doświadczenia traumatycznego i objawami dysocjacyjnymi. Opisuje to pacjenta z poziomu psychotycznego, którego obroną często są doznania psychotyczne.

1. Grupa jest kontenerującym środowiskiem tworzącym dobre środowisko macierzyńskie.
2. Grupa staje się obiektem przejściowym pozwalającym na separację i indywidualację od archaicznego, złego obiektu macierzyńskiego.
3. Grupa daje okazję do bezpiecznej zabawy, próbowania różnych identyfikacji bez poważnych życiowych konsekwencji.

4. Grupa daje możliwość otrzymywania realistycznego feedbacku od osób bardzo różniących się pod względem społecznym i osobowościowym.
5. Grupa daje możliwość badania granic osobistych i społecznych — pomiędzy sobą i innymi, a także granic wewnętrznych, co pozwala także na odróżnienie zjawisk wewnątrzpsychicznych i społecznych.
6. Grupa łagodnie odzwierciedla.
7. Grupa oferuje zabezpieczenie i osłonę przed brutalną acz konieczną konfrontacją. Mimo że może wystąpić zjawisko kozła ofiarnego, prowadzący grupę zwykle pomaga w wycofaniu wyprojektowanych części.
8. Grupa daje możliwość intymnych relacji pomiędzy kobietami i mężczyznami w grupie, ale intymność ta jest rozproszona, a więc mniej przestraszająca dla ranliwych (vulnerable) pacjentów, którzy często doznają pomieszania wokół ich identyfikacji seksualnej.
9. Grupa stwarza warunki do altruizmu, tak więc pacjent może pomagać i być wspomagany. Większa symetria i niezależność pomiędzy pacjentami i prowadzącym grupę daje możliwości reparacji i wybaczenia, moderując doświadczenie destrukcyjnej zawiści i wściekłości.
10. Grupowe interakcje, twarzą w twarz, z innymi członkami grupy i terapeutą, są szczególnie ważne w sytuacjach lęku związanego ze wstydem, który jest więcej niż tylko archaicznym poczuciem winy.

### Proces leczenia w grupie

Jak według psychoanalityków kleinowskich przebiega proces leczenia pacjentów psychotycznych w grupie? Psychoza w ich rozumieniu jest zagrożeniem relacji z symbiotyczną matką powodującym nieświadome poszukiwania kolejnej matki. Grupa staje się matką zastępczą, kontenerującą prymitywny gniew na „złą pierś”. Gniew może nie być skierowany w stronę self ani urojonych postaci, ale w stronę grupy, której rolą jest wytrzymanie i pomieszczenie tego uczucia. Członkowie grupy mogą lokować w sobie nawzajem, w terapii i w grupie jako całości te części siebie, które do tej pory nie poddawały się integracji. W bezpiecznej atmosferze może dochodzić do ich reintrojekcji w mniej toksycznej formie i rozwoju w kierunku pozycji depresyjnej pozwalającej na doświadczanie siebie i innych jako całych obiektów [25].

Ważnym elementem w pracy terapeutycznej jest analizowanie mechanizmów projekcyjnych stanowiących często mechanizm powstawania objawów wytwórczych.

W czasie sesji terapeutka zwraca się do pacjenta:

— *Pan mówi o tym, że pieniądze nie pozwalają panu wyprowadzić się od rodziców, bo być może łatwiej jest mówić o pieniądzach niż o trudności emocjonalnej, podobnie jak pan T. mówi o surowych wymogach religijnych, bo łatwiej jest odnosić się do zakazów z zewnątrz niż do swoich trudności w nawiązywaniu relacji i radzeniu sobie z impulsami seksualnymi. Mówię o tym także, bo pan wspomniał o psychozie, w której doświadczyli państwo sytuacji, kiedy przeżycia wewnętrzne lokalizowane są na zewnątrz.* Pacjentka z grupy włącza się do tej wymiany: — *Przyszło mi do głowy, że to jest tak, że ja łatwo godziłam*

*się, jak mama zakazywała mi chodzić na imprezy, żebym późno nie wracała do domu. Łatwiej mi było myśleć, że ona mi na to nie pozwala, chociaż wiedziałam, że to mi jest trudno wyjść i że gdybym nacisnęła to pewnie by się zgodziła.*

### **Modyfikacje pracy w grupie pacjentów psychotycznych**

Jest wiele prac podkreślających konieczność modyfikacji leczenia psychoanalitycznego w kontakcie z pacjentem psychotycznym. W terapii indywidualnej modyfikacje te noszą nazwę parametrów. Eissler [26] pisał o aktywniejszej roli analityka, ograniczeniu regresji, stosowaniu niepełnej analizy przeniesienia. Kernberg [27] w terapii pacjentów głębiej zaburzonych zalecał bardziej zajmowanie się aktualną rzeczywistością niż przeszłością, analizowanie na początku negatywnego przeniesienia, a idealizacji w dalszej kolejności, poświęcanie więcej czasu na zjawiska typu acting-out czy ograniczenie sesji do 1–2 w tygodniu. Warte podkreślenia jest, że modyfikacje te wiążą się z odejściem od klasycznej terapii psychoanalitycznej prowadzonej 4–5 razy w tygodniu i w dużej mierze pokrywają się z modyfikacjami dotyczącymi terapii także innych pacjentów, jeżeli prowadzeni są w settingu raz lub dwa razy w tygodniu.

W literaturze obecne są także zalecenia dotyczące modyfikacji klasycznej techniki grupowej terapii analitycznej dla pacjentów psychotycznych. Omówię je bardziej szczegółowo, ponieważ na podstawie mojego doświadczenia prowadzenia grupy nie w pełni się z nimi zgadzam. Istotne jest, że odnoszę się tutaj do „złotego wzorca” grupy analitycznej — grupy ambulatoryjnej, półotwartej, długoterminowej (do tego typu grupy odnoszą się proponowane modyfikacje). Nie zajmuję się tutaj grupami prowadzonymi w oddziałach dziennych czy w środowiskowych domach samopomocy, gdzie oczywiste są kontakty pacjentów/uczestników poza sesjami grupy. W takiej sytuacji terapia ulega modyfikacji, ale nie ze względu na specyfikę pacjentów psychotycznych, lecz z powodu warunków zewnętrznych — konieczności intensyfikacji oddziaływań przy krótkim pobycie w oddziale dziennym czy zastosowania innych form oddziaływań w obu tych strukturach.

I teza:

W grupach pacjentów psychotycznych istotne jest wzmacnianie relacji społecznych pomiędzy uczestnikami, nawet jeżeli wyrażają one ich tendencje ucieczkowe [28]. Oznacza to w praktyce zalecenie zmiany z interpretowania rozmów dotyczących spraw ogólnych jako unikania wnoszenia problemów własnych na interpretowanie ich jako postępu w zakresie nawiązywania kontaktu, tworzenie wspólnej przestrzeni wymiany.

Komentarz:

Zalecenie to wydaje się związane z pracą bardziej ustrukturyzowaną niż klasyczna grupa analityczna. W grupie analitycznej nie zajmujemy się wyłącznie obronną funkcją rozmów na tematy ogólne, ale też, a może przede wszystkim, nieświadomą treścią wypowiedzi pacjentów.

W grupie prowadzonej przeze mnie nawracającym tematem dyskusji był stosunek świata zewnętrznego do chorych psychicznie. Wydaje się, że w różnych fazach pracy grupy temat ten pełnił różne funkcje. Na początku — łączył grupę („wszyscy mamy podobne doświadczenie”). W sytuacjach kryzysu w grupie odradzał się jako „podstawowe założenie”



Biona [2] o ucieczce i walce. Bywał nieświadomym opisem sytuacji rodzinnej w podziale na ja i reszta rodziny, a także pokazywał rozszczepiony świat wewnętrzny.

Uważam, że zalecenie nieinterpretowania rozmów ogólnych w grupach pacjentów psychotycznych nie jest właściwe. Podobnie jak w innych grupach ważne jest rozpoznanie i nazwanie aktualnego znaczenia rozmowy — wspólnego mianownika grupy.

II teza:

W grupach pacjentów z rozpoznaniem psychozy należy unikać interpretacji grupy jako całości [28]. Zalecenie to związane jest z obawą, że określenia dotyczące grupy jako całości mogą łatwo wpisywać się w psychotyczne przekonania o braku granic między umysłami, prowadzić do symbiotycznej regresji. Dodatkowo interpretacje pozbawione wyjaśnienia, skąd terapeuta wysnuł dany wniosek, nabierają charakteru magicznie brzmiących formuł dotyczących myślenia czy przeżywania grupy.

Komentarz:

Wydaje mi się, że to zalecenie wyjaśniania sposobu myślenia terapeuty jest słuszne dla większości grup, nie tylko tych, w których są pacjenci psychotyczni. Często członkami grup są pacjenci z zaburzeniem osobowości z poziomu borderline, dla których interpretacje łączące umysły pacjentów w jeden grupowy mogą być niezrozumiałe i nasilające poczucie zagrożenia. Wydaje się, że interpretacje, w których terapeuta wskazuje na wypowiedzi pacjentów doprowadzające go do wniosku przedstawionego w interpretacji, są korzystniejsze nie tylko w grupach pacjentów psychotycznych. Ujawnianie przez terapeutę swojego sposobu myślenia może być korzystne w przypadku pacjentów wykazujących niski poziom mentalizacji i trudności w symbolizowaniu, co dotyczy nie tylko pacjentów psychotycznych, ale także pacjentów z poziomu borderline. Uważam, że taki sposób pracy nie wyklucza stosowania typowo foulkesowskich interpretacji do grupy jako całości.

Interpretacje indywidualne w grupach, w których członkowie dążą do relacji diadycznej, w sposób nieuchronny zamieniają terapię „poprzez grupę” na „terapię w grupie” czy „na tle grupy”. Grupa, którą prowadziłam, szczególnie w początkowym okresie miała silniejszą niż w grupach osobowościowych tendencję do wykorzystywania interpretacji indywidualnych do kontynuowania dialogu z terapeutą i zamiany sytuacji grupowej w indywidualne karmienie, kiedy każdy czeka na swoją kolejkę. Odmowa wchodzenia w relację diadyczną spowodowała w tej grupie powstanie ironicznego określenia „pytanie do eksperta” na regresywne pytania kierowane bezpośrednio do terapeuty (typu: „jak pani uważa, co powinnam zrobić?”).

Przykładem takiej interpretacji podanej do grupy jako całości z uwzględnieniem wkładu poszczególnych członków może być fragment z sesji grupowej:

*Na początku sesji pacjent R. opowiada historię o konflikcie z przypadkową osobą na ulicy: „mój pies zaatakował wronę i taki facet strasznie mnie zbluzgał, chyba chciał mnie sprowokować do bójkę”. Następnie pacjentka A. opowiada dwie historie — jak źle została potraktowana przez urzędniczkę w urzędzie zatrudnienia i przez koleżankę. Włącza się pacjentka M. w chaosie: „Dużo rzeczy w życiu zrobiłam źle, teraz staram się ludzi przeproszać, nawet jeżeli nie udaje mi się osobiście, to w myślach czy modlitwą”. Po chwili ciszy interwencja terapeutki: „Mam*

*wrażenie, że mówią dzisiaj państwo o sytuacjach, w których spotykają się z trudnymi sytuacjami, w których inne osoby są wobec was agresywne, jak w przypadku pana R. czy pani A., trudno jest myśleć, że ta agresja jest po stronie tych właśnie osób, trudno jest wam poczuć własną złość, tylko zostajecie z poczuciem, że to wy jesteście nie w porządku i musicie przeproszać, jak robi pani M.”.*

Interwencja ta stymuluje dalszą rozmowę na temat trudności w przeżywaniu uczuć złości i pracy z doznaniem psychotycznym pacjentki M. Udaje się także omówić złość pacjentów na sytuację w PZP — ciągle zmiany lekarzy i zmianę miejsca, w którym odbywa się grupa. Rezultatem tej pracy grupowej jest wyjście pacjentki z chaosu i opanowanie doznań psychotycznych podczas sesji.

III teza:

W grupach psychotycznych należy inaczej niż w innych grupach radzić sobie w przypadku ataku na członka grupy w mechanizmie kozła ofiarnego. Klasyczne rozumienie polegające na interpretacji zachowania jako złości do terapeuty uważane jest w grupie pacjentów psychotycznych za zbyt zagrażające. Wystarczające w tym przypadku jest pokazanie mechanizmu projekcji pozwalające na reintrojekcję treści prześladowczych. Zalecenie wynika to z założenia, że grupy te mają tendencję do zatrzymywania się na wczesnym etapie wolnym od konfliktu separacja-indywiduacja. Agazarian i Peters [29] uważają, że pacjenci psychotyczni nie osiągają etapu walki z liderem i bardziej realistycznym celem jest pomaganie im w dawaniu sobie rady we wchodzeniu w wartościowy dialog z innymi. Grupa może nie być w stanie dawać sobie rady ze złością na terapeutę.

Komentarz:

Mam wrażenie, że opinia ta wynika z faktu, że grupy pacjentów psychotycznych często prowadzone są w szpitalu lub w innej formie z góry zakładającej limit czasowy trwania grupy. Grupa, którą prowadzę długoterminowo, po trzech latach trwania bardzo intensywnie zajmowała się problematyką separacji-indywiduacji i uniezależnienia od rodziców i terapeutów.

IV teza:

Pacjenci psychotyczni bardziej korzystają z terapii, jeżeli łączy się psychoterapię indywidualną i grupową.

Komentarz:

Uważam, że taka forma pracy niesie ryzyko nasilenia mechanizmów rozszczepienia, co dla pacjentów psychotycznych może być szczególnie niekorzystne. Decyzja o łączeniu terapii grupowej i indywidualnej może być przejawem identyfikacji projekcyjnej, w której pacjent psychotyczny jawi się terapeutce jako wiecznie nienakarmione dziecko, albo lęku terapeuty przed światem wewnętrznym pacjenta i potrzebą wsparcia w drugiej osobie.

Modyfikacja, stosowana w mojej grupie wobec pacjentów, którzy wchodzą do grupy są w terapii indywidualnej, to danie im możliwości łączenia terapii jedynie w pierwszych miesiącach po wejściu do grupy. Ułatwia to wejście do niej i poradzenie sobie z trudnymi emocjami. Da się zauważyć natomiast zmianę po zakończeniu terapii indywidualnej — widać wzrost znaczenia grupy i intensywności pracy w trakcie sesji.

V teza:

Wobec pacjentów psychotycznych korzystniejsze jest zrezygnowanie z zasady abstynencji — nieutrzymywania kontaktów poza grupą, czy też optuje się za elastycznymi granicami grupy [30].

Komentarz:

Zastanawiam się, czy dopuszczanie do kontaktów pozagrupowych czy też inne odchylenia od settingu, co prowadzący widzą jako elastyczność, nie są identyfikacją projekcyjną zdezorganizowanego świata pacjentów psychotycznych, w którym trudno ustalić i zachować granice.

### Struktura leczenia grupowego

Grupy dla pacjentów psychotycznych muszą być długoterminowe. Grupa, którą prowadzi jest półotwarta, uczestnicy są włączani do niej w powolnym rytmie, żeby pozwolić grupie spokojnie omówić zmianę. Garland [23], która prowadzi długoterminowe leczenie grupowe pacjentów psychotycznych pisze, że pacjenci nie powinni oczekiwać krótszego okresu leczenia niż 3–4 lata. Grupa powinna być aktywnie prowadzona przez terapeutę, który lubi ten sposób pracy i ten typ pacjentów oraz powinna mieć oparcie w innych formach leczenia i rehabilitacji, stanowić całość systemu leczącego, najlepiej z możliwością hospitalizacji. Niestety w warunkach polskich ten ostatni postulat często kłóci się z możliwością długoterminowego prowadzenia grupy w związku z niestabilnymi warunkami pracy w ramach NFZ-u.

Jedną z trudności w prowadzeniu grup ambulatoryjnych w ramach NFZ-u jest wymóg obecności określonej liczby osób na sesji, żeby można było rozliczyć świadczenie. Grupy analityczne mają wypracowaną teorię i praktykę w odniesieniu do tzw. małej grupy liczącej tradycyjnie do 8 osób. To, że ktoś nie przyszedł na sesję nie oznacza, że go „nie ma” w grupie. Symbolicznym wyrazem jego obecności jest puste krzesło. Pacjenci mówią, że nawet gdy byli nieobecni, myśleli o grupie. Stały lęk terapeutów, że nie będzie wystarczającej liczby pacjentów na sesji prowadzi do powiększania grup poza limit grupy analitycznej — powstaje grupa określana w psychoterapii jako grupa „średnia”, w której zarówno mechanizmy wewnątrzgrupowe, jak i techniki pracy są inne niż w małej grupie. W tym sensie część powyższych modyfikacji można rozumieć jako wynikające nie ze specyfiki pacjentów psychotycznych, ale leczenia w ramach państwowej służby zdrowia. Jeżeli grupa jest zbyt liczna, możemy ją traktować jako „doświadczenie grupowe” (takie jak społeczność terapeutyczna) dla pacjenta prowadzonego w terapii indywidualnej.

Znając trudności w stabilnym prowadzeniu grup w ramach PZP ważne jest — przy prowadzeniu grup w ośrodkach lub gabinetach prywatnych — wypracowanie wsparcia w innych strukturach zajmujących się leczeniem i wspieraniem osób z doświadczeniem psychozy.

Grupa, która prowadzi przeszła ze struktury leczenia poradnianego w ramach NFZ-u, poprzez ośrodek prywatny do gabinetu prywatnego. Pierwsza zmiana zdecydowanie zachwiała jej poczuciem bezpieczeństwa i nie było to związane tylko z praktyczną trudnością płacenia za sesje, ale wpisało się w stałe poczucie niestabilności leczenia w ramach NFZ-u (wynikającego na przykład z częstych zmian lekarzy). O ile wstępnie tylko jedna

osoba uznała, że nie będzie kontynuować grupy, motywując to rozpoczętą właśnie terapią indywidualną, to dwie kolejne nie zgłosiły się do ośrodka. Wyrazem potrzeby zachowania relacji było powstanie w grupie pary i dalsze konsekwencje z tym związane — odejście jednej z osób z grupy. Tak więc grupa po kryzysie zmiany miejsca odtwarzała się w dużej mierze od nowa. Z moich doświadczeń superwizyjnych wnoszę, jak trudna jest dla różnych grup zmiana miejsca. W grupach pacjentów psychotycznych pełni ono szczególną rolę, odnosząc się do bardzo pierwotnego poziomu i poczucia bezpieczeństwa związanego ze środowiskiem macierzyńskim.

Ze względu na zmianę settingu w trakcie terapii zdecydowałam się prowadzić grupę po niższej cenie niż cena rynkowa. Jest to coraz szerzej stosowana praktyka uwzględniająca możliwości finansowe niektórych grup czy pacjentów. Istnieją także tańsze grupy dla młodzieży, emerytów itd.

Po odtworzeniu grupy w ośrodku znacznie poprawiła się frekwencja na sesjach i informowanie o nieobecnościach. Uczestnicy wyrażali swoje zadowolenie z nieszpitalnego otoczenia.

Kolejna zmiana — na gabinet prywatny — nie wywołała już takiego kryzysu. Być może dlatego, że gabinet ten był drzwi w drzwi z ośrodkiem, w którym przedtem odbywała się grupa, a część osób przychodziła także na konsultacje indywidualne w gabinecie prywatnym. Zastanawiam się, czy postawa terapeutów negująca możliwości korzystania pacjentów psychotycznych z płatnej terapii nie jest koluzją z uczuciem pacjentów dotyczącym ich braku zasobów. Wydaje się, że podobnie jak w sytuacji innych pacjentów, płacenie za terapię prowadzi do ustawienia relacji jako bardziej partnerskiej. Pytanie, czy akceptujemy taką relację z pacjentem psychotycznym?

### **Przeciwprzeniesienie w terapii pacjentów psychotycznych**

Od wielu lat zajmuję się leczeniem pacjentów psychotycznych — jako lekarz i psychoterapeuta. Mam wrażenie, że właśnie prowadzenie grupy doprowadziło we mnie do wewnętrznej zmiany i przekonania, że psychoza jest wydarzeniem życiowym, a nie katastrofą, że objawy psychozy podlegają takiemu samemu rozumieniu jak objawy nerwicowe.

Miałam trudność, żeby określić, na czym polega ta zmiana. Pomógł mi w tym opis superwizji prowadzonej przez Michaela Eigena [31]. Pacjenci psychotyczni często traktowani są jako pacjenci wdzięczni w opiece. Myślę, że związane jest to z przejrzystością relacji — terapeuta nie jest narażony na przykre uczucia zazdrości wobec pacjentów. Kontrakt jest jasny — ja jestem zdrowy, pacjent jest chory. Temu poczuciu sprzyja biomedyczny model choroby, według którego pacjent psychotyczny ma zmiany w mózgu. Myślę, że czasami trudno byłoby nam odpowiedzieć na pytanie, w czym chcielibyśmy być podobni do naszego pacjenta. My jesteśmy tymi, którzy ciągną pacjenta do góry, do zdrowia. Moim zdaniem zwrot w terapii pacjentów psychotycznych polega na rzeczywistej zmianie swojej pozycji z osoby, która ratuje czy wyciąga pacjenta do lepszego (naszego) życia na rzeczywiste zainteresowanie światem wewnętrznym pacjenta. I nie chodzi tu o jego spektakularne przejawy w postaci doznań psychotycznych, ale tak jak przy innych pacjentach — odkrywanie bogactwa ich świata myśli i uczuć.

Szczególnie ważna w przypadku grup pacjentów psychotycznych jest superwizja, która jako proces utrójkatowania chroni przed wytworzeniem relacji diadykcyjnej. Dla

mnie szczególne znaczenie miała superwizja odbywająca się w grupie terapeutów, którzy superwizowali pracę w grupach osobowościowych. Tym samym grupa pacjentów psychotycznych oraz jej pacjenci włączeni zostali w krąg wspólnego rozumienia.

### Grupy homo- czy heterogeniczne?

Proponowane przez mnie podejście traktowania grup pacjentów na podobnych zasadach, jak grupy pacjentów osobowościowych, rodzi kolejne pytania. Czy różnica neurotyzm/psychotyczność jest ilościowa czy jakościowa? Bliskie jest mi myślenie Danielle Quinodoz [32], która wprowadza pojęcie pacjentów heterogenicznych — wykazujących cechy neurotyczne i psychotyczne. Pacjenci tacy to pacjenci zdolni do używania mechanizmów psychicznych typu nerwicowego (np. symbolizacja), ale także uciekający się do mechanizmów prymitywnych, takich jak zaprzeczenie, projekcja, identyfikacja projekcyjna, rozszczepienie. Pacjenci heterogeniczni mają trudność w integracji dojrzszych i bardziej prymitywnych mechanizmów obronnych, co prowadzi do lęku przed szaleństwem. Mają tendencję do odcinania w sobie aspektu psychotycznego za cenę zubożenia siebie i utrzymania poczucia swojego istnienia. Wydaje mi się, że często spotykamy takich pacjentów określając ich pojemną diagnozą zaburzenia osobowości typu borderline i włączając do grup osobowościowych. Być może mogliby korzystać we wspólnej grupie na obecności pacjentów z doświadczeniem psychozy, mogąc przy nich eksplorować swoje psychotyczne części [25].

Interesująca jest dyskusja dotycząca sensu tworzenia grup homogennych dla pacjentów z doświadczeniem traumy. W tym przypadku uważa się, że wspólnota doświadczeń daje poczucie zrozumienia, ułatwia przyjęcie interpretacji innych uczestników grupy. Jest także odwróceniem sytuacji traumy, w której często osoby jej doświadczające były osamotnione. Uczestnictwo w grupie osób podobnie strauumatyzowanych przeżywane jest jako odtworzenie rodziny, powrót do domu, odbudowanie poczucia przynależności. Z drugiej strony wspólnota doświadczeń powoduje stymulowanie porównań i konkurencji w cierpieniu, stymulowanie idealizacji–dewaluacji oraz zwiększa ryzyko acting-in w postaci ponownego odegrania traumy. Tak więc na przykład Judith Herman [33] uważa, że na pierwszym etapie po doświadczeniu traumatycznym, kiedy zadaniem osoby, która przeżyła traumę jest odbycie żałoby w bezpiecznych warunkach, wskazane są grupy jednorodne, potem, gdy celem staje się odbudowywanie związków, powinny być tworzone grupy niejednorodne w rozumieniu różnych typów urazu.

Dyskusja taka nie dotyczy grup pacjentów psychotycznych, jakby oczywiste było, że nie mogą być oni włączani do grup „osobowościowych”. Wydaje się, że tworzenie grup homogennych prowadzi do podobnych zjawisk jak w przypadku jednolitych grup po doświadczeniu traumatycznym — z jednej strony buduje spójność grupy, z drugiej może prowadzić do powstania „grupy w nieszczęściu” [34] z powtarzającym się wątkiem niezrozumienia przez „innych”. Można zadać pytanie, na ile terapeuci, tworząc taką grupę, nie dają stygmatyzującego przekazu, że osoby z doświadczeniem psychozy są inne i dlatego powinny mieć „swoją” grupę. To postrzeganie czy mówiąc wprost lęk przed psychozą może wpływać na modyfikacje techniki terapeutycznej w kierunku większego ustrukturyzowania sesji. Potwierdzają to zalecenia Kanasa [35], który uważa, że psychotyczni pacjenci powinni uczestniczyć w grupach homogennych, gdyż grupy mieszane nasilają

u nich regresję psychotyczną. Argumentem jest także możliwość używania konkretnych technik, np. koncentrowanie się na strategiach radzenia sobie z objawami psychotycznymi. Obserwowanym, także w innych krajach, zjawiskiem jest kierowanie do terapii pacjentów psychotycznych mniej doświadczonych terapeutów, co także może wywołać w nich potrzebę oparcia o konkretne techniki.

Jeżeli uznamy, że tworzenie jednorodnych grup pacjentów psychotycznych nie jest korzystne, pozostaje pytanie, jak włączać osoby z doświadczeniem psychozy do innych grup, żeby nie czuły się inne i miały swobodę mówienia o swoich doświadczeniach. W pewnym momencie w grupie prowadzonej przeze mnie rozpoczęłam rozmowę o możliwości włączenia do niej osób, które nie doświadczyły psychozy. Uczestnicy grupy zgadzali się, że tematyka psychozy nie jest aktualnie dominująca w trakcie sesji i uznali, że członkami grupy mogłyby być inne osoby pod warunkiem, żeby miały inne ważne czy traumatyzujące doświadczenie życiowe prowadzące na przykład do hospitalizacji psychiatrycznej. Jednak włączenie nowego uczestnika bez doświadczenia psychozy, hospitalizowanego psychiatrycznie z cechami osobowości narcystycznej i histrionicznej przyniosło nieoczekiwane rezultaty. Jego głęboki poziom zaburzenia na poziomie osobowości przerażał uczestników grupy, uważali go za znacznie bardziej chorego od reszty uczestników terapii. Można zastanawiać się, czy poprzez to, co prezentował i o czym mówił wprost — potrzebę, żeby cała uwaga była skoncentrowana na nim, a także poprzez całkowity brak zainteresowania dla problemów innych nie stawał się złośliwym odzwierciedleniem pragnień innych członków grupy. Potrzeb, z którymi po wielu miesiącach pracy zaczęli sobie radzić, dostrzegając wartość w karmieniu innych czy pozycji trzeciego.

Tak więc doświadczenie prowadzenia grupy pacjentów psychotycznych przekonuje mnie, że przy konstruowaniu grupy najważniejszy jest poziom zaburzenia czy siła ego, a nie obecność czy brak objawów psychotycznych. Doświadczenia z włączaniem do grup pacjentów z osobowością typu borderline, którzy okresowo ulegają dezorganizacji psychotycznej pokazują, że pacjenci z objawami hipochondrycznymi czy natręctwami są w stanie dobrze wczuć się w zanik ego-obszernego w psychozie. Widzą, że także oni w okresach nasilenia objawów nie są w stanie uznać nierealności swoich lęków dotyczących wyimaginowanej choroby czy odejść od magicznego myślenia w natręctwach.

### Wnioski

Analityczna terapia grupowa jest właściwym rodzajem terapii dla pacjentów psychotycznych. Może być stosowana w bardzo różnych strukturach. Ważne jest zapewnienie bezpieczeństwa — stałego miejsca, czasu i ciągłości pracy grupowej.

Uważam, że osoby z doświadczeniem psychozy powinny być włączane do grup analitycznych, tak jak inne osoby na zasadzie arki Noego. Kryteria włączenia powinny być takie, jak w przypadku pacjentów „nerwicowych” czy „osobowościowych”. Wymaga to oczywiście od terapeuty przekonania, że pacjenci z objawami psychozy są w stanie korzystać z psychoterapii i umiejętności pracy z objawami psychotycznymi. Konsekwencją takiego rozumienia byłby zanik podziału na oddziały „nerwicowe” i „psychotyczne”.

Prowadzenie analitycznej grupy pacjentów psychotycznych przekonało mnie o skuteczności tej formy terapii, ale też pokazało, jak trudno jest pokonać barierę wykluczenia.

### Piśmiennictwo

1. Foulkes SH. Wprowadzenie do psychoterapii grupowo-analitycznej. Badania nad integracją społeczną osób i grup. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2015.
2. Bion WR. Doświadczenie w grupach. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2015.
3. Bion WR. Uwaga i interpretacja. Przeł. D. Golec. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2010.
4. McWilliams N. Diagnoza psychoanalityczna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2009.
5. Steiner J. Psychiczny azyl. Patologiczna organizacja osobowości u pacjentów. Warszawa: Imago; 2017.
6. Kernberg O. Severe personality disorders. New Haven: Yale University Press; 1984.
7. Klein M. Uwagi na temat niektórych mechanizmów schizoidalnych. W: Klein M. Pisma. Tom 3. Zawieść i wdzięczność. Gdańsk: GWP; 2007, s. 1–23.
8. Bion WR. Po namyśle. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2014.
9. Klein M. Miłość, poczucie winy i reparacja. W: Klein M. Pisma. Tom 1: Miłość, poczucie winy i reparacja oraz inne prace pochodzące z lat 1921–1945. Gdańsk: GWP; 2007. s. 301–337.
10. Roth P. Pozycja paranoidalno-schizoidalna. Przeł. J. Groth. W: Bronstein C, red. Teoria kleinowska. Perspektywa współczesna. Warszawa: Instytut Studiów Psychoanalitycznych im. Hanny Segal; 2015. s. 63–82.
11. Bion WR. Uczenie się na podstawie doświadczenia. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2011.
12. Riesenberga-Malcolm R. Teoria pomieszczenia Biona. Przeł. J. Groth. W: Bronstein C, red. Teoria kleinowska. Perspektywa współczesna. Warszawa: Instytut Studiów Psychoanalitycznych im. Hanny Segal; 2015; s. 231–252.
13. Segal H. Zmiany modeli umysłu. Przeł. J. Groth. W: Bronstein C, red. Teoria kleinowska. Perspektywa współczesna. Warszawa: Instytut Studiów Psychoanalitycznych im. Hanny Segal; 2015. s. 221–230.
14. Segal H. Uwagi o tworzeniu symboli. W: Segal H. Teoria Melanii Klein w praktyce klinicznej. Gdańsk: GWP; 2006, s. 78–102.
15. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. New York, NY: International Universities Press; 1950, s. 300.
16. Ogden TH. The primitive edge of experience. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1989.
17. Klein M. Znaczenie tworzenia symboli dla rozwoju ego. W: Klein M. Pisma. Tom 1: Miłość, poczucie winy i reparacja oraz inne prace pochodzące z lat 1921–1945. Gdańsk: GWP; 2007, s. 217–230.
18. Klein M. O identyfikacji. W: Klein. Pisma. Tom 3: Zawieść i wdzięczność. Gdańsk: GWP; 2007, s. 150–184.
19. Bell D. Identyfikacja projekcyjna. Przeł. E. Biernacka. W: Bronstein C, red. Teoria kleinowska. Perspektywa współczesna. Warszawa: Instytut Studiów Psychoanalitycznych im. Hanny Segal; 2015, s. 181–208.
20. Rosenfeld H. Impas i interpretacja. Przekł. B. Petryczko-Pater, L. Kalita. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2012.
21. Britton R. Brakujące połączenie: seksualność rodzicielska w kompleksie Edypa. Przeł. D. Golec. W: Steiner J, red. Kompleks Edypa dzisiaj. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2010.
22. Chazan R. The group as therapist for psychotic and borderline personalities. W: Schremer VL, Pines M, red. Group psychotherapy of the psychoses. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1999, s. 200–220.

23. Garland C. Psychoanalityczna terapia grupowa z poważnie zaburzonymi pacjentami. W: O grupach. Tom 1. Psychoanalityczna terapia grupowa — teoria i praktyka. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2015, s. 103–126.
24. Hopper E. Traumatic experience in the unconscious life in groups. *The Fourth Basic Assumption: Incohesion: Aggregation/Massification or (ba) I:A/M*. London and New York: Jessica Kingsley Publishers; 2003, s. 110–112.
25. Skolnick MR. Psychosis from a group perspective. W: Schremer VL, Pines M, red. *Group psychotherapy of the psychoses*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1999, s. 43–82.
26. Eissler KR. The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *JAPA.*; 1953; 1: 104–143.
27. Kernberg O, Selzer MA, Koenisberg HW, Carr AC, Appelbaum AH. *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*. Przeł. J. Matkowski, Ł. Penderecki. Gdańsk: GWP; 2007.
28. Della Badia E. Supervision of group psychotherapy with chronic psychotic patients. W: Schremer VL, Pines M, red. *Group psychotherapy of the psychoses*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1999, s. 301–323.
29. Agazarian Y, Peters D. *The visible and invisible group*. London: Routledge and Kegan Paul; 1981.
30. McIntosh D, Stone W, Grace M. The flexible boundaried group: format, techniques and patients' perceptions. *Int. J. Group Psychother.* 1991; 41: 49–64.
31. Eigen M. Being too good. W: *Psychodynamic supervision. Perspectives of the supervisor and the supervisee*. MH. Rock Ed. Northvale, New Jersey and London: Jason Aronson Inc.; 1997, s. 57–72.
32. Quinodoz D. Words that touch. *Int. J. Psycho-Anal.* 2003; 84: 1469–1485.
33. Herman JL. *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1998.
34. Garland C. Grupa po traumie. W: Garland C. *Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2009, s. 195–210.
35. Kanas N. Group therapy with schizophrenic and bipolar patients: Integrative approaches. W: Schremer VL, Pines M, red. *Group psychotherapy of the psychoses*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1999, s. 129–147.

Adres: [kasiaprot@gmail.com](mailto:kasiaprot@gmail.com)