

## PSYCHOTERAPIA GRUPOWA W MŁODZIEŻOWYM ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM

### GROUP PSYCHOTHERAPY IN PSYCHIATRIC ADOLESCENT WARD

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN

Kierownik kliniki: Prof. dr hab. med. Irena Namysłowska

**group therapy  
adolescence  
psychiatric adolescents ward**

*W pierwszej części artykułu autor opisuje ogólne zasady prowadzenia psychoterapii grupowej dla młodzieży; w drugiej części – specyfikę psychoterapii grupowej w kontekście stacjonarnego młodzieżowego oddziału psychiatrycznego. Omawia zasady konstruowania modelu pracy oraz prowadzenia sesji terapii grupowej z młodzieżą; przedstawia funkcje psychoterapii grupowej (m.in. integracyjną, edukacyjną, rozwiązywanie indywidualnych problemów poszczególnych pacjentów); rozważa sposoby wkomponowania terapii grupowej w strukturę i program ośrodka.*

**Summary:** The importance of group psychotherapy in the psychiatric hospital adolescents' unit has been stressed in many publications. This kind of therapy is usually the main form of treatment of adolescents with various mental disorders. Choosing the proper form of group therapy and integrating it with other methods of treatment is a challenging task. The character of the adolescents ward requires the ability to combine the goals of therapy with the actual situation of the hospital. This article focuses on this topic and presents some examples taken from the psychiatric adolescents ward at the Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw.

### 1. Wprowadzenie

Łączenie psychofarmakoterapii, psychoterapii indywidualnej, psychoterapii grupowej, terapii rodzin z interwencjami środowiskowymi, psychoedukacją i rehabilitacją pozwalają osobom z zaburzeniami psychicznymi efektywnie funkcjonować w społeczeństwie. Odpowiednia konfiguracja form pomocy, wraz z umiejętnym ich stosowaniem, ma duże znaczenie również ze względu na ograniczenia, jakie każda z nich ma oddzielnie [1]. Jedną z metod może być stosowana w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa nawrotów choroby (np. farmakoterapia), inna — aby osiągnąć poprawę poziomu funkcjonowania społecznego i jakości życia, satysfakcję z własnych osiągnięć, a także stworzyć przymierze terapeutyczne między pacjentem a zespołem leczącym. Taką rolę może odgrywać psychoterapia grupowa.

Psychoterapia grupowa, będąca jednym z elementów kompleksowej pomocy świadczonej na stacjonarnym oddziale psychiatrycznym, może pełnić wielorakie funkcje: omawianie problemów pacjentów, praca na płaszczyźnie interpersonalnej, podejmowanie problematyki związanej z funkcjonowaniem danej placówki. Traktowanie terapii grupowej jako elementu

całościowych oddziaływań wobec chorych hospitalizowanych znajduje odzwierciedlenie w rekomendacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Wskazane są różne modalności zajęć grupowych. Dzięki nim możliwe jest wzmocnienie zdolności rozwiązywania problemów, planowania, polepszenie umiejętności społecznych oraz poprawa współpracy w leczeniu farmakologicznym i monitorowanie objawów ubocznych leczenia.

## 2. Zarys celów oraz wybrane aspekty prowadzenia psychoterapii grupowej

Psychoterapia grupowa niesie ze sobą wiele możliwości dla jej uczestników, zarówno na poziomie jednostki, jak i grupy jako całości. Specyfika tej formy pracy nieodłącznie wiąże się ze współwystępowaniem obu płaszczyzn i wzajemnym oddziaływaniem na siebie. Z jednej strony członkowie grupy terapeutycznej przychodzą z konkretnymi, własnymi problemami. Każdy ma swoje, specyficzne doświadczenia, własną, niepowtarzalną historię, środowisko, w którym funkcjonuje i sytuację życiową. Dlatego podczas pierwszych spotkań większość członków grupy czuje się odrębnymi jednostkami, borykającymi się z wyjątkowymi, odmiennymi trudnościami, ma silne poczucie wyjątkowości własnej sytuacji i niepowtarzalności problemów, nawet jeśli symptomy są bardzo podobne. Pozostałe osoby często odbierane są jako żyjące w innym świecie — czasami gorszym, trudniejszym, częściej jednak postrzeganym jako łatwiejszy. To ważny i trudny moment dla wszystkich uczestników grupy. Również dla prowadzących. Jest to okres, kiedy znaczny wysiłek jest skierowany na stworzenie warunków do pracy terapeutycznej. Z drugiej strony, z upływem czasu, terapeuci powinni pomagać uczestnikom, by poczuli się nie tylko zebrani w jednym miejscu odrębnymi osobami, ale także grupą jako całością, ze swymi krystalizującymi się mechanizmami i normami, jakie powstają ze spotkania na spotkanie. Podczas kolejnych sesji coraz bardziej uwidoczniają się związki i relacje podobne do utrzymywanych z ludźmi spoza grupy, zwłaszcza mające swą genezę w rodzinie pochodzenia, szkole, grupie rówieśniczej. Warunki otwartej, swobodnej komunikacji umożliwiają wgląd w reaktywowane wzory pierwotnych konfliktowych relacji i przełożenia ich na obecnie. To, z kolei, sprzyja porzuceniu tych zachowań i umożliwia wprowadzenie nowych, bardziej dojrzałych sposobów rozwiązywania sytuacji konfliktowych [2].

Psychoterapia grupowa oferuje swym uczestnikom między innymi poczucie przynależności, które w przypadku niektórych osób jest pierwszym doświadczeniem tego typu. Niekiedy jest to pierwsze doświadczenie poczucia wsparcia ze strony innych osób, a dodatkowego znaczenia nabiera fakt, iż pochodzi ono od osób mających podobny cel: wyleczenie się. Inne najczęściej wymieniane korzystne właściwości grupy to:

- normy grupowe pomocne głównie w nauce dostosowywania się do wymagań otoczenia, sytuacji,
- pokazanie pacjentowi, jak jest postrzegany i umożliwienie mu konfrontacji własnych przekonań z rzeczywistością, oraz ich korekta,
- możliwość wejścia w interakcje z pozostałymi członkami grupy oraz poznanie mechanizmów powstawania problemów, konfliktów,
- cenne źródło korektywnych doświadczeń emocjonalnych, np. ujawnianie negatywnych emocji nie spotyka się z takimi reperkusjami, jakie mogą mieć miejsce w innych okolicznościach.
- możliwość zorientowania się, jakie role pełni pacjent w małym systemie społecznym [3].

Wielu autorów różnie opisuje proces grupowy, jednak większość się zgadza co do ogólnych jego ram i przebiegu. W początkowej fazie widoczna jest skłonność do wypowiedzi głównie na temat swoich dolegliwości, objawów chorobowych, trudności w funkcjonowaniu. Towarzyszy temu ujawniana, zazwyczaj nie wprost, nieufność wobec terapeutów i pozostałych uczestników. W następnej fazie zaczynają się kształtować role poszczególnych osób i miejsce w grupie. Komunikacja zaczyna być bardziej otwarta, co niekiedy wywołuje konflikty. Pojawiają się protesty przeciwko normom, np. mówieniu o sobie, ujawnianiu prawdziwych emocji. Jednocześnie grupa zaczyna się integrować. Rodzi się wzajemna akceptacja, ciekawość poznawania innych, zadania grupowe zdobywają coraz większą aprobatę. Kolejna faza charakteryzuje się osłabieniem konfliktów i napięć. Po uzgodnieniu, normy grupowe zostają zaakceptowane. W sposób bardziej szczerzy i pogłębiany uczestnicy przedstawiają swoje problemy, wspólnie zastanawiają się nad ich istotą i zachodzącymi zmianami. W końcowym, czwartym etapie procesu grupowego, zachodzi właściwa praca terapeutyczna, prowadząca do osiągnięcia wglądu, następują zmiany postaw pacjenta, ćwiczenie nowych zachowań [3].

Opisany proces ma szansę dokonywać się na oddziałach szpitalnych — gdzie pacjenci są przyjmowani np. w trybie turnusowym — gdy skład grupy jest na tyle stabilny, by zapewnić wystarczające poczucie bezpieczeństwa i kontynuację pracy.

Terapeuta pamiętając o obu płaszczyznach, indywidualnej i grupowej, powinien starać się stworzyć warunki do rozwoju i wzrastania samoświadomości każdego członka grupy. Gdy na kolejnych spotkaniach wzrasta poziom bezpieczeństwa i gotowość do zwierzania się z własnych kłopotów i zmartwień, jest to sygnał do podejmowania prób badania mechanizmów, które wpływają na funkcjonowanie poszczególnych członków grupy. Omawianie tych kwestii i ich zrozumienie jest jednym z podstawowych elementów psychoterapii grupowej. Świadomość danej osoby dotycząca zachodzących w niej procesów, ich genezy, skutków, jakie ze sobą niosą, pozwala zdefiniować sytuację i zwiększa szansę na działania korektywne. Inne osoby, nawet jeśli są w roli słuchaczy, także korzystają ze wzrostu samoświadomości danego członka grupy. Niejednokrotnie na jego przykładzie mogą odnosić się do własnych doświadczeń i konfrontować je indywidualnie.

Poczucie bezpieczeństwa, jasne, stałe normy, dostateczna motywacja i długoterminowa, intensywna współpraca stwarzają warunki do rozwoju poszczególnych członków grupy. Dzięki nim mogą modyfikować swoje dysfunkcyjne zachowania i przekonania, przy których trwali do tej pory. Dzieje się tak również pod wpływem warstwy edukacyjnej sesji grupowych, dyskusji na podejmowane tematy. Słuchanie wypowiedzi terapeutów i innych członków grupy poszerza pole widzenia i rozumienia poszczególnych kwestii. W ten sposób terapia grupowa pełni kolejną funkcję — staje się dodatkowym źródłem zdobywania wiedzy z zakresu różnych obszarów funkcjonowania człowieka.

Wypowiedzi opisujące zdarzenia, emocje z nimi związane, sposoby poradzenia sobie z nimi, stają się często wsparciem i inspiracją dla innych. Pozwalają przyjąć inną perspektywę postrzegania danego problemu. Niekiedy wpływają na zmianę dotychczasowej postawy, co z reguły ma swoje przełożenie na inne funkcjonowanie. Fakt, iż ktoś był w podobnej sytuacji do naszej, a obecnie lepiej sobie radzi, pomaga w uruchomieniu potencjału własnego. Naturalnie doświadczenia każdego członka grupy są indywidualne i jedyne w swoim

rodzaju, pod pewnymi względami jednak mogą być takie, jak innych osób. Dlatego warto pamiętać o wymiarze uniwersalności niektórych doświadczeń [4].

Sytuacja, w której uczestnik grupy dowiaduje się o podobnych doświadczeniach innej osoby, jest szczególnie korzystna w początkowym okresie funkcjonowania grupy. Poczucie podobieństwa, zrozumienia, współodczuwania ma szansę wzmocnić gotowość do współpracy i wysiłek w kierunku korektywnych zmian. Sytuacje tego typu mogą dodawać odwagi osobom, które dotychczas się wahały, do otwartych wypowiedzi i podzielenia się własnymi doświadczeniami [5]. Tak więc podobieństwo doświadczeń, ich uniwersalność, zwiększa zaangażowanie w pracę na spotkaniach grupy, zmienia postawę wobec omawianych kwestii.

Aspektów nabywania wiedzy i poszerzania świadomości jest więcej. Jednym z nich jest tzw. zaszczepianie nadziei. Odnotowano wiele badań wykazujących wpływ wewnętrznej motywacji uczestników psychoterapii na rezultaty osiągnięte w jej wyniku [5, s. 4]. Warto podkreślić, iż należy nad tym pracować już na etapie budowania grupy. Podczas rozmów indywidualnych, poprzedzających spotkania grupowe, należy zwrócić uwagę także na ten wymiar uczestnictwa danej osoby. Nadzieja na możliwość dokonywania zmian, na korzystne rezultaty terapii dotyczy także prowadzących grupę. Jest to kolejny, wielowymiarowy obszar niezwykle istotny w psychoterapii. Trudno wyobrazić sobie konstruktywną pracę terapeuty pozbawionego przekonania, iż zmiany w funkcjonowaniu uczestników grupy są możliwe.

Postawa terapeutów i warunki do współpracy, jakie wspólnie z członkami grupy zostaną stworzone, rzutują na poczucie zaufania i bezpieczeństwa, które stanowią swego rodzaju fundament dla owocnego procesu terapeutycznego. Bez zaufania i poczucia bezpieczeństwa niewielkie są szanse, by pacjenci wypowiadali się otwarcie i szczerze, dotykając bardzo prywatnej sfery. Natomiast brak gotowości do odsłonięcia i podjęcia istotnych kwestii, mających wpływ na funkcjonowanie, praktycznie uniemożliwia osiągnięcie korzystnych zmian.

W placówkach oferujących różne rodzaje psychoterapii powstaje kwestia ich łączenia. Dodatkowa trudność pojawia się w ośrodkach, które oferują psychoterapię grupową, a forma indywidualna, z różnych powodów, może być stosowana jedynie w ograniczonym zakresie. Wtedy rodzi się dylemat, czy nie rozpocząć psychoterapii skojarzonej i jak ją prowadzić.

Ogólnie rzecz ujmując psychoterapia skojarzona łączy równolegle więcej form terapii. Zazwyczaj każdą z nich prowadzi inny terapeuta. W ośrodku, gdzie brak możliwości, by wszystkim pacjentom zapewnić wszystkie formy terapii, taki sposób pracy stosuje się w szczególnych sytuacjach i wobec pacjentów ze specyficznymi problemami. Przykładem może być wykorzystanie seksualne. Gdy wiadomo, że w grupie dana osoba jest jedyną z doświadczeniem tego typu, warto rozważyć włączenie procesu terapii indywidualnej. Inaczej mówiąc, takie rozwiązanie stosuje się, gdy pacjent ujawnia trudności w funkcjonowaniu w grupie lub/oraz boryka się z problemami, które nie wpisują się w obszar sesji grupowych.

Obie formy mogą także odgrywać rolę wspomagającą. Przykładem jest sytuacja, gdy mechanizm przeniesienia w terapii indywidualnej jest tak silny, że grupa terapeutyczna może stanowić inny, cenny punkt odniesienia. Może zmniejszać intensywność emocji

towarzyszących terapii indywidualnej, a w dalszej kolejności sprzyjać konstruktywnej pracy. Inny przykład to trudność uczestniczenia w psychoterapii grupowej. Terapia indywidualna może odegrać ważną rolę wspomagającą pozostanie w grupie i zachęcić do zmierzenia się z problemem.

Aby podejście tego typu się sprawdziło, niezbędne jest spełnienie kilku podstawowych warunków. Jednym z nich jest skuteczna komunikacja między terapeutami, pozwalająca na wymianę informacji oraz znajomość przebiegu pracy w terapii równoległej. Dzięki wymianie informacji praca z pacjentem ma szansę stać się efektywniejsza. Naturalnie pacjent musi wyrazić zgodę na taką formę współpracy.

Kolejne istotne warunki to:

- przekonanie obu terapeutów o konieczności terapii skojarzonej,
- zbliżony sposób pracy – sytuacja, w której podejścia terapeutyczne bardzo się różnią, może komplikować i utrudniać proces leczenia,
- traktowanie obu procesów jako wspierających się i uzupełniających.

Nawiązując do komunikacji i współpracy między terapeutami w terapii skojarzonej, należy także wspomnieć o kilku elementarnych zasadach, które powinny towarzyszyć prowadzeniu grupy terapeutycznej w koterapii. Jedną z nich jest omawianie związanych z nią ewentualnych trudności. To, jak układa się współpraca między prowadzącymi, ich wzajemne zrozumienie, dostrzeganie i omawianie sytuacji problemowych, ma przełożenie na pracę grupy oraz osiągnięcie rezultaty. Z tego względu istotne jest rozwiązywanie własnych problemów mogących wpływać na proces dokonujący się w grupie. Wiąże się to między innymi z udzielaniem sobie informacji zwrotnych, wspólną oceną działań dających zamierzony rezultat oraz tych, które tych rezultatów nie przynoszą, a co za tym idzie — z omawianiem ewentualnych zmian w prowadzeniu terapii.

Tak jak niezbędne jest omawianie sesji grupowych oraz procesów zachodzących w relacji między terapeutami, tak superwizja jest niezbędnym dopełnieniem tej wielowymiarowej sytuacji. Staje się szczególnie pomocna w dostrzeganiu i lepszym rozumieniu treści, zjawisk i procesu, w którym prowadzący biorą udział. W niektórych publikacjach poświęconych superwizji terapii grupowej zalecane jest, aby odbywały się one także w formie grupy. Dzięki nim terapeuci mają możliwość przepracować zjawiska, które pojawiają się w terapii grupowej — opór, dążenie do spójności grupy, rywalizację itd. W ten sposób sami mogą doświadczyć bycia członkiem grupy.

Kwestia komunikacji, współpracy i superwizji nabiera jeszcze innego znaczenia, gdy w procesie leczenia bierze udział duży zespół ludzi. Przykładem są ośrodki kompleksowej pomocy i leczenia: szpitale, poradnie, hostele. W takich miejscach oferta pomocy jest znacznie szersza, są większe możliwości opieki i leczenia. Jednocześnie rozbudowana struktura to wyzwanie dla całego zespołu. Efektywne funkcjonowanie wszystkich grup personelu i stworzenie dobrze funkcjonującej całości wymaga skonstruowania własnego projektu, dopasowanego do zasobów i możliwości pacjentów. W takim kontekście psychoterapia grupowa, podobnie jak inne formy leczenia, musi przyjąć specyficzną, wpisującą się w całość leczenia formułę.

### 3. Psychoterapia grupowa w kontekście stacjonarnego młodzieżowego oddziału psychiatrycznego — wybrane aspekty

Gdy mówimy o psychoterapii grupowej w kontekście młodzieżowej kliniki psychiatrycznej, należy pamiętać o złożoności sytuacji, w którą jest ona wpisana. Każdy oddział szpitalny ma swoją specyfikę, określone warunki lokalowe, skład personelu, możliwości, co za tym idzie — proces leczenia musi być oparty na realiach, w których ma być prowadzony.

W tej części artykułu przedstawionych zostanie kilka aspektów dotyczących prowadzenia psychoterapii grupowej wpisanej w strukturę oddziału szpitalnego, takiego jak Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Liczny zespół leczący, rotacja pacjentów, szerokie spektrum ich problematyki tworzą specyficzny kontekst — zastosowanie zasad i wytycznych prowadzenia terapii grupowej, wymienionych w poprzednim rozdziale, jest nieosiągalne. Terapeuci grupowi, w porozumieniu z resztą zespołu, muszą wypracować formę pracy dostosowaną do realiów danej placówki. Liczny zespół biorący udział w leczeniu sprawia, iż z jednej strony pacjenci mają kompleksową opiekę i różne formy pomocy, z drugiej — niesie ze sobą wyzwanie natury organizacyjnej. Dlatego tak ważne jest, aby poszczególne formy leczenia, takie jak terapia grupowa, wpisywały się w całość procesu oddziaływań.

Przykładem może być wcześniej wspomniana psychoterapia skojarzona. Niekiedy problemy, z którymi przychodzi pacjent, wymagają jej zastosowania. W warunkach, gdy brak jest możliwości oferowania terapii indywidualnej wszystkim pacjentom, decyzja o jej zastosowaniu wobec wybranej osoby/osób powinna być dokładnie przeanalizowana. Powinna oznaczać ścisłą współpracę osób bezpośrednio biorących udział w leczeniu danego pacjenta: terapeutów indywidualnego, grupowego, lekarza, zespołu pielęgniarskiego.

Dodatkowo należy się liczyć z rezonansem, jaki zostanie wywołany w reszcie grupy. W ośrodku, gdzie nie wszyscy pacjenci mogą być objęci terapią indywidualną, przyznanie dodatkowej, indywidualnej terapii wybranej osobie wywołuje jawny lub maskowany protest wśród pozostałych pacjentów. Wyraźny oddźwięk jest podczas sesji terapii grupowych, a jego forma może być bardzo różna — od protestu w postaci licznych absencji na kolejnych spotkaniach grupy, do rywalizacji o uwagę terapeutów i monopolizowanie czasu podczas sesji; od przedłużających się okresów milczenia i nieodpowiadania na pytania, do jawnej złości i agresji pod adresem lekarzy i terapeutów. Wachlarz zachowań jest bardzo szeroki. Przykładem może być następująca sytuacja, która zdarzyła się w klinice.

*Na jednym z zebrzań klinicznych personel podjął decyzję o przydzieleniu terapeutki indywidualnej nowo przyjętej pacjentce, która była wykorzystywana seksualnie. Spotkało się to z protestem ze strony pacjentów na kolejnych spotkaniach grupy terapeutycznej. Zauważalne przez nich trudności pacjentki: wycofanie, małomówność, a zarazem zabieganie o względy chłopców przebywających na oddziale, wywołały wśród większości pacjentów przekonanie, iż jest ona faworyzowana przez personel, gdyż nie różni się problemami od pozostałych. Wyjaśnienie, na jednym ze spotkań społeczności, że decyzja jest podyktowana specyficznymi okolicznościami, których niedawno doświadczyła, zmieniło jedynie formę protestu. Na kolejne sesje grupowe pacjentki masowo zaczęły przynosić pluszaki i inne maskotki, niekiedy większe od nich samych. Wyraźnie demonstrowały zachowania*

*regresywne i sygnalizowały potrzebę zaopiekowania się nimi. Coraz więcej osób zaczęło przynosić koce, w które się zawijały, w rezultacie chowając się pod nimi. Dotąd w sali było im wystarczająco ciepło. Nagle to się zmieniło. Niektórzy chłopcy z dnia na dzień eskalowali zachowania agresywne i przysparzali coraz więcej kłopotów, skutecznie skupiając na sobie uwagę.*

Dokładne omówienie sytuacji przez członków zespołu, decyzja o konieczności uczęszczania pacjentki również na sesje grupy terapeutycznej oraz praca z pacjentami na temat zaistniałej sytuacji pozwoliły wydostać się z kryzysu. Zespół przyjął jasne stanowisko i konsekwentnie zaczął realizować plan leczenia. Pacjenci swoją złość, poczucie niesprawiedliwości, porzucenia zaczęli wyrażać wprost na terapiach i spotkaniach społeczności, co w rezultacie pozwoliło przejść do konstruktywnej pracy nad ich własnymi problemami.

Powyższa sytuacja ilustruje, jak duże znaczenie ma omawianie pracy grupy terapeutycznej, komunikacja między terapeutami, wspólne decyzje dotyczące formy leczenia pacjentów i superwizja. Priorytetem jest ścisła współpraca osób bezpośrednio biorących udział w leczeniu pacjenta. Ponadto ukazuje, jak ważne jest, by zasady funkcjonowania na oddziale i uczestnictwa w grupie terapeutycznej zostały omówione z pacjentami i zespołem, by wyjaśniono: dlaczego tryb leczenia danej osoby odbiega od pozostałych, jakie normy obowiązują wszystkich oraz kwestie zakazu używania siły fizycznej. Zasada poufności treści poruszanych podczas sesji czy nieobecności powinna być — w sposób zrozumiały — przedstawiona na początku terapii.

Wymienione aspekty wiążą się także z nieuchronnym zjawiskiem, jakim jest rywalizacja między pacjentami, zarówno podczas sesji terapii grupowej, jak i szeroko rozumianego funkcjonowania na oddziale szpitalnym. Pacjenci porównują, kto ma jakiego lekarza, czy jednakowo są traktowani przez personel pielęgniarstwa, czy terapeuci któremuś z pacjentów poświęcają dodatkowy czas. Często prowadzą swego rodzaju ranking osób najbardziej lubianych i nielubianych wśród personelu, kompetentnych i niekompetentnych w ich poczuciu. Rywalizacja na tym obszarze jest naturalnym zjawiskiem, a każdy z pacjentów podchodzi do niej w zależności od wcześniejszych, osobistych doświadczeń. Rywalizacja jest nieunikniona, a brak jasnych zasad i rozumienia odstępstw w postępowaniu z poszczególnymi pacjentami zazwyczaj ją wzmacnia.

Zasady i normy sprawiają, iż stres i napięcie towarzyszące pobytowi w szpitalu są mniejsze. Pacjent ma większe poczucie kontroli i wpływu na sytuację. Rozumie, co się dzieje i jaki jest cel poszczególnych działań personelu. To sprzyja procesowi leczenia.

Heterogenność objawów to kolejna istotna kwestia. Oddziały szpitalne, które przyjmują osoby z szerokim spektrum zaburzeń, stają przed koniecznością stosowania zróżnicowanych form psychoterapii grupowej, a prowadzący muszą wykazywać się elastycznością w doborze technik terapeutycznych. Jest to sytuacja bardzo specyficzna, w której należy brać pod uwagę ciągle zmieniające się warunki na wielu płaszczyznach. Skład, stopień motywacji do leczenia, interakcje zachodzące między pacjentami w klinice czy też wspomniana heterogenność objawów to przykłady zmieniających się warunków terapii. Niekiedy przybierają one tak skrajną postać, iż stawiają pod znakiem zapytania możliwość współpracy poszczególnych pacjentów w danej grupie terapeutycznej.

Przykładem może być częsta sytuacja w klinice, kiedy wśród pacjentów powstaje podgrupa osób z zaburzeniami odżywiania się. Im jest liczniejsza, tym wyraźniej zary-

sowuje się aspekt rywalizacyjny. Powstaje opozycja względem pozostałych pacjentów, na jednej płaszczyźnie, jednocześnie rozwija się rywalizacja wewnątrz podgrupy — na drugiej. Na podstawie obserwacji można stwierdzić, iż powstanie licznej podgrupy osób z zaburzeniami odżywiania się radykalnie wpływa na pracę grup terapeutycznych i funkcjonowanie oddziału. Zaczynają pojawiać się sytuacje, gdy dziewczęta (czasami także chłopcy) z anoreksją domagają się oddzielnych zajęć grupowych, innego traktowania niż pozostałych pacjentów, podkreślają odmiennosć własnych problemów. Tworzą własną enklawę rządzącą się specyficznymi zasadami, jednocząc się w chorobie i zwalczając zarazem. Niekiedy rywalizacja wewnątrz takiej podgrupy przybiera tak skrajną postać, iż sesje terapii grupowej bywają zdominowane przez problematykę odżywiania się, obrazu ciała, porównywania się nawzajem. Są to momenty, które tworzą napięte relacje między pacjentami i rolą terapeutów jest przekierowanie dyskusji z poziomu objawów na problem, który się pod nimi kryje.

Heterogenności objawów jednocześnie towarzyszy homogenność problemów, charakterystycznych dla okresu adolescencji — to specyfika pracy na młodzieżowym oddziale psychiatrycznym. U podłoża szerokiego wachlarza chorób psychicznych, objawów nerwicowych, zachowań dysfunkcyjnych leży zazwyczaj podobna etiologia — proces separacji i indywiduacji, czas, kiedy młody człowiek dojrzewa i wkracza w świat dorosłych, w szerokim tego słowa znaczeniu. Już jest lub zbliża się do momentu, gdy ponosi odpowiedzialność prawną za swoje postępowanie. Otoczenie zaczyna oczekiwać zachowań, które charakteryzują dorosłą, dojrzałą osobę. Kwestia usamodzielnienia się staje się coraz bardziej realna. Zachodzą liczne zmiany — od tych na poziomie biologicznym do emocjonalnych — tożsamości. To wszystko przebiega w stosunkowo krótkim czasie, a nie każdy nastolatek potrafi temu sprostać. Reasumując — oba elementy, heterogenność objawów i homogenność problemów, powinny być brane pod uwagę przez terapeutów podczas konstruowania modelu pracy oraz prowadzenia sesji terapii grupowej z młodzieżą.

W odniesieniu do konstruowania składu grupy warto również zwrócić uwagę, iż w warunkach oddziału szpitalnego, o strukturze otwartej, przyjmującego pacjentów w trybie doraźnym, interwencyjnie oraz wg kolejności zgłoszeń, możliwość doboru uczestników grup jest znacznie ograniczona. Przyjmowane są osoby potrzebujące hospitalizacji, a nie pod kątem uczestnictwa w terapii grupowej. W takiej sytuacji terapeuci muszą dobierać składy grup na podstawie aktualnego stanu i rozpoznania diagnostycznego przychodzących pacjentów. Kryteria wieku, problemów i celów leczenia muszą być traktowane znacznie elastyczniej niż w grupach ambulatoryjnych, w których dobór uczestników jest bardziej kontrolowany. Ciągła rotacja składu grupy zazwyczaj staje się barierą utrudniającą pojawienie się procesu terapeutycznego.

Różnica między wiekiem rozwojowym a chronologicznym jest następną kwestią, na którą prowadzący grupę (i cały personel) powinni zwrócić uwagę. Często równolatkowie prezentują skrajne pozycje w zakresie dojrzałości postaw i rozumienia.

Podobnie przedstawia się kwestia motywacji. Pod tym względem także występują znaczne różnice. Do szpitala zazwyczaj trafiają osoby, które znalazły się w wyjątkowo trudnej sytuacji życiowej, jednak wiele zależy od tego, jak ją sobie wyjaśniają i jakie stanowisko wobec niej przyjmują. Jeżeli na przykład do kliniki przychodzi pacjent przekonany o biologicznym podłożu swojej choroby, dodatkowo wspierany przez swoją rodzinę



w takim rozumieniu, motywacja do uczestnictwa w terapii grupowej i rodzinnej będzie niewystarczająca. W rezultacie objawowa poprawa funkcjonowania pacjenta doprowadza do jego wypisania ze szpitala [6].

Korzystnie jest, kiedy w składzie grupy nie ma osób wyraźnie różniących się od pozostałych. Może to dotyczyć problemów, z którymi przychodzą, sposobu funkcjonowania, predyspozycji intelektualnych [7]. Członek grupy widzący w jej składzie osobę/osoby z podobnymi doświadczeniami, podobną sytuacją życiową, będzie miał większą gotowość do współpracy i skorzysta z udziału w spotkaniach. Dobierając uczestników grupy należy pamiętać o tym, aby prezentowali oni dostateczną stabilność i wystarczającą zdolność testowania rzeczywistości, ponieważ korzyści płynące z uczestnictwa w terapii grupowej nie powinny przysłać świadomości ewentualnych negatywnych objawów ubocznych. W sytuacji, gdy dla danej osoby spotkania stają się źródłem nadmiernego stresu, istnieje niebezpieczeństwo zaostrzenia się symptomów psychopatologicznych. Wskazane jest, aby unikać tego typu sytuacji, a w zamian wprowadzić bardziej indywidualny program leczenia.

Wśród innych przeciwwskazań warto zwrócić uwagę, czy nie występuje stałe owładnięcie przez omamy lub urojenia, ciężkie zaburzenie myślenia, słaba kontrola impulsów, które mogą występować u osób głębiej zaburzonych.

Kwestie doboru pacjentów, ich motywacji, sytuacji, w której niektórzy odmawiają uczestnictwa, powinny być gruntownie przeanalizowane.

Z rozpoczęciem terapii i doбором uczestników grupy wiąże się także dylemat: grupa otwarta czy zamknięta? Otwarty charakter spotkań jest elementem sprzyjającym poszerzaniu zakresu relacji interpersonalnych, jakich doświadczają uczestnicy — uczy radzenia sobie z sytuacjami nawiązywania relacji z nowymi osobami pojawiającymi się w ich życiu oraz konfrontacji z sytuacjami straty osób ważnych, z którymi czują się związani. Natomiast grupa zamknięta, ze stałym składem uczestników, daje większe możliwości pogłębionej pracy. Stwarza warunki do zaangażowania w terapię, na miarę możliwości, poszczególnych pacjentów. Proces terapeutyczny, często będący osią pracy tego typu, jest bardziej widoczny i sprzyja intensywniejszej, konstruktywnej pracy [8]. Wiele przemawia za opcją grupy zamkniętej. Możliwość przeprowadzenia procesu grupowego, dzięki któremu możliwe jest, między innymi, osiągnięcie wzrostu samooceny, zaufania do siebie i innych, budowania niezależności osobistej, przy jednoczesnym uświadomieniu sobie wzajemnej zależności istniejącej między ludźmi, trudne są do przecenienia.

Na oddziale, gdzie pacjenci ciągle się zmieniają terapeuci nie mogą liczyć na elementy występujące w grupie o stałym składzie, mają trudne zadanie wypracowania takiej formy terapii, która będzie pomocna pacjentom, jednocześnie uwzględni ich możliwości i ograniczenia. Dobór pacjentów, długość i częstość prowadzonej terapii, cele, sposób prowadzenia — wszystko wymaga dokładnej analizy i dostosowania do realiów. Poniżej przedstawione zostaną wybrane aspekty opisywanej sytuacji na podstawie doświadczeń wyżej wymienionej kliniki.

Prowadzący grupę terapeutyczną powinni zadbać o przestrzeganie norm i zasad tworzących niezbędną strukturę organizacyjną. Dzięki nim cele stawiane psychoterapii grupowej mają szansę zostać osiągnięte. Przykładem może być między innymi kwestia neutralności terapeutów grupowych. To ważne, aby ich rola była jednoznaczna i czytelna dla wszystkich. Dublowanie roli terapeuty grupowego z funkcją np. wychowawcy, oceniającego, dyscy-

plinującego, istotnie rzutuje na współpracę podczas spotkań grupy i komplikuje relację, będącą jednym z filarów pracy terapeutycznej. Jest to istotne także w sytuacji, gdy na terenie oddziału są leczone osoby np. ze schizofrenią, których rozszczepiona rzeczywistość może silnie rezonować z niejasną rolą członka personelu.

Kolejnym aspektem, charakterystycznym dla stacjonarnego oddziału psychiatrycznego takiego jak KPDziM w Warszawie jest przebywanie uczestników terapii grupowej ze sobą przez większość czasu. Wspólne posiłki i inne aktywności sprawiają, iż wiele się dzieje na poziomie interakcji między pacjentami poza sesjami grupy. W takiej sytuacji istotną normą powinno być omawianie spraw pojawiających się między spotkaniami. Terapeuci powinni zachęcać, by rozmowy, które pacjenci odbywają między sobą, po spotkaniu grupy, miały swoją kontynuację na kolejnych sesjach, by opowiadali o swoich dyskusjach, punktach widzenia, wnioskach, odnosili się do sytuacji zaistniałych na oddziale.

Wspólne omawianie tego rodzaju kwestii jest pracą na zasadzie tu i teraz. Ma wpływ na funkcjonowanie pacjentów w klinice, rozwiązuje konfliktowe sytuacje między nimi i stwarza warunki do skutecznego leczenia. Jednocześnie staje się pomostem do pracy na innym poziomie — pracy nad mechanizmami intrapsychicznymi poszczególnych pacjentów, nad tym, jak funkcjonują w grupie rówieśniczej, jak wchodzi w relacje z dorosłymi, jak dalece potrafią się dostosować do norm społecznych. Na podstawie doświadczeń pacjenta zdobytych w trakcie pobytu na oddziale można lepiej zrozumieć jego problemy i podjąć odpowiednie działania terapeutyczne.

*Ilustracją może być sytuacja, kiedy do kliniki został przyjęty pacjent zachowujący się bardzo prowokacyjnie wobec otoczenia. Wyraźnym symptomom anoreksji towarzyszyły zachowania agresywnie autodestrukcyjne. Pacjent ostentacyjnie łamał normy panujące na oddziale, wyraźnie bojkotował zajęcia terapeutyczne i program leczenia. Z upływem czasu wśród personelu i pacjentów zaczynały narastać bezsilność i złość z tego powodu. Zachowania prowokacyjne pacjenta oraz narastający ostracyzm ze strony społeczności oddziału przybierał na sile do momentu, gdy udało się go namówić na uczestnictwo w terapii grupowej i zachęcić do podzielenia się swoim punktem widzenia zaistniałej sytuacji. Każde kolejne spotkanie grupy pozwalało zbliżyć się do rzeczy ukrywanych pod jego kontrowersyjnym postępowaniem. Mimo nieregularnych obecności oraz częstego wychodzenia w trakcie terapii, zdarzyło się, że usłyszeliśmy od niego o potrzebie przynależności do grupy, bycia zauważonym. Okazało się, że jego zachowanie w znacznym stopniu jest podyktowane odrzuceniem w rodzinie pochodzenia i bardzo napiętymi relacjami z rówieśnikami. Poczucie osamotnienia postanowił pokonać na dwa sposoby: przez zniszczenie siebie lub sprawienie, by nie być obojętnym dla otoczenia. Opowiadając o swoich doświadczeniach rodzinnych i społecznych zyskał zrozumienie i zmniejszył poziom złości społeczności oddziału. Praca podczas sesji grupowych nie wyeliminowała napięć i sytuacji konfliktowych, jednak wyraźnie je zmniejszyła. Jednocześnie lepsza znajomość problemów pacjenta, jego motywów autodestrukcyjnego postępowania stały się cennym krokiem w kierunku efektywniejszego leczenia.*

Powyższe przykłady ukazują, jak istotne i trudne jest wypracowanie optymalnej formy psychoterapii grupowej na oddziale tego typu. Łatwo zauważyć, jak wiele czynników na to się składa. Z jednej strony sposób pracy z pacjentami wynika z przygotowania merytorycznego terapeuty, jego osobowości, z drugiej — istotne są wskazania diagnostyczne

dla konkretnych pacjentów, profil grupy jako całości oraz specyfika oddziału. Generalnie uważa się, iż w takiej sytuacji młodzież prowadzona w grupach niedyrektywnych jest zazwyczaj mniej zadowolona i słabiej zorganizowana niż w grupach prowadzonych według konkretnego scenariusza i dyrektywnie. Podobnie jak unika się niedyrektywnego prowadzenia terapii z adolescentami mającymi słabe ego.

Inną kwestią, na którą należy zwrócić uwagę, jest czas trwania choroby, dominujące objawy psychopatologiczne oraz przyjmowanie leków przez uczestników grupy. Oznacza to większą trudność w odróżnianiu uruchamiających się mechanizmów obronnych od wpływu leczenia farmakologicznego i innych form oddziaływania. Biorąc pod uwagę, iż często są to osoby charakteryzujące się zmienionym funkcjonowaniem poznawczym i dużą wrażliwością na bodźce z otoczenia, terapeuci grupowi powinni w swoich działaniach uwzględniać i ten fakt. Dlatego tak istotne jest elastyczne i wielomodalne podejście do prowadzenia grup tego typu. Różne techniki pracy (psychodrama, formy dyrektywne, nadające jasną strukturę spotkań, socjogramy itp.) zwiększają szanse na wymierne rezultaty procesu terapii, trzeba jednak jednocześnie podkreślić, jak trudne jest ich umiejętne stosowanie w tak specyficznej grupie.

Odnosząc się do potrzeby nadawania struktury sesjom terapii grupowej należy zwrócić uwagę na formułowane założenia i normy. Plany bardzo złożone mogą sprawiać trudność osobom z zaburzeniami psychicznymi. Prowadzący powinni mieć świadomość, iż zajęcia skomplikowane, nastawione na głęboką pracę psychologiczną, mogą mijać się z oczekiwaniami i możliwościami uczestników. W tej sytuacji nie będą oni z nich korzystał. Odwoływanie się do zasobów posiadanych przez uczestników grupy w przypadku osób głębiej zaburzonych także staje pod znakiem zapytania. Młodzież hospitalizowana często nie doświadczyła żadnych pozytywnych relacji społecznych, lub ma je bardzo słabe. W związku z tym praca oparta na zasobach, która często stanowi fundament psychoterapii, ma wyraźne ograniczenia.

Kolejnym obszarem charakterystycznym dla psychoterapii grupowej z młodzieżą jest forma komunikacji. Niektórzy uczestnicy grup często mają trudności w komunikacji na poziomie bardziej dojrzałym. Komunikaty są niekiedy przekazywane w formie zaszyfrowanej, np. w postaci projekcji, przemieszczenia czy za pomocą czynności lub przedmiotów. Można się odwołać do przykładu przedstawionego powyżej, kiedy na spotkanie grupy terapeutycznej pacjenci przynoszą koce, pod którymi się „ukrywają”, zaczynają manipulować przy fotelach, które do tej pory były wygodne, a w danej chwili stają się „ciasne” i „niestabilne”. Dodatkowo sytuację komplikuje fakt, iż osoby takie mają często trudność w rozpoznawaniu komunikowanych przez siebie treści oraz ujawnianych przeżyć.

W psychoterapii adolescentów często akcent stawia się na obszary związane z okresem rozwojowym, separacją, indywiduacją. Jest to czas szczególny. Zachodzą istotne przemiany od wyglądu począwszy, na poszukiwaniach tożsamości kończąc. Sesje grupowe mają szansę stać się swego rodzaju poligonem doświadczalnym, na którym można obserwować specyfikę wchodzenia w interakcje i problemy z tym związane, być okazją do nauki i modyfikowania swoich zachowań, postaw względem innych osób. Z tym się wiąże także szeroki obszar funkcjonowania w społeczeństwie. Omawianie, dzielenie się swoimi doświadczeniami, sposobami radzenia sobie w określonych sytuacjach ma szczególne znaczenie dla osób, które nie odnajdują się na tym polu. Warto zwrócić uwagę, iż z jednej

strony występuje wtedy konflikt dotyczący trudności w nawiązywaniu satysfakcjonujących relacji, powodowany silnym lękiem przed nimi, z drugiej — istnieje potrzeba takich relacji. To często prowadzi do braku satysfakcji i narastającego w związku z tym napięcia.

Niektórzy uczestnicy to osoby pełnoletnie, inni zbliżają się do tego okresu. Kwestia separacji z czasem nabiera coraz większego znaczenia. Pytania dotyczące gotowości opuszczenia domu rodzinnego, samodzielności, wpływu na własną rzeczywistość należą do szczególnie istotnych w tym kontekście. Terapeuci grupowi powinni wyraźnie wzmacniać indywidualne zasoby uczestników grupy i ich możliwości wpływania na swoją rzeczywistość. Poczucie odpowiedzialności za swoje postępowanie ściśle wiąże się z procesem separacji i indywidualizacji. Naturalnie, gdy pojawiają się wątki dotyczące doświadczeń z przeszłości, relacji z rodzicami, nie należy tego powstrzymywać. Jednak do prowadzących należy, aby stawiać akcent na główną problematykę i — gdy jest możliwość — powracać do niej.

Sesje terapii grupowej prowadzone na stacjonarnym oddziale szpitalnym powinny pełnić także funkcję informacyjną. Oprócz warstwy stricte psychoterapeutycznej pacjenci powinni mieć możliwość zdobywania wiedzy na swój temat i wybranych procesów psychologicznych zachodzących w relacjach międzyludzkich. Praca tego typu pełni ważną funkcję edukacyjną. Dzięki niej poczucie braku kontroli, dezorientacji, braku definicji dla poszczególnych zdarzeń mają szansę zostać zmniejszone lub wyeliminowane, a co za tym idzie — funkcjonowanie danej osoby się poprawia.

Oprócz wymienionych obszarów, sesje terapii grupowej pełnią również funkcję ściśle związaną z funkcjonowaniem społeczności w klinice. Relacje między pacjentami, wspólne aktywności, ewentualne konflikty, sympatie i antypatie, wszystko to, co wiąże się z funkcjonowaniem we wspólnej rzeczywistości, powinno mieć możliwość zaistnienia na sesjach terapii grupowej. Z założenia działania tego typu winny być ukierunkowane na funkcję integrującą uczestników. Jak zostało wspomniane w poprzedniej części artykułu, jest to jeden z podstawowych elementów stwarzających warunki do konstruktywnej współpracy.

Dodatkowego znaczenia sesjom terapii grupowej nadaje świadomość deficytów w zakresie pozytywnych relacji interpersonalnych. Uczestnictwo w grupie terapeutycznej często staje się pierwszym lub nielicznym pozytywnym doświadczeniem akceptacji, zrozumienia. Grupa nabiera szczególnego znaczenia. Podobnie jest w innych sytuacjach, w których dana osoba może mieć poczucie przynależności do danej społeczności. Pacjenci na spotkaniach grupowych często opisują swoje wcześniejsze traumatyczne doświadczenia, jakie spotykały ich ze strony np. rówieśników.

Jeśli wyżej wymieniona problematyka znajduje swoje miejsce podczas systematycznej pracy grupy, można zaobserwować wśród uczestników zmiany dotyczące lepszego nawiązywania relacji interpersonalnych, większej świadomości i rozumienia mechanizmów wpływających na interakcje z innymi osobami. Pamiętać jednak należy, że zakres tych zmian i możliwości osiągnięcia zakładanych celów zależą także od problemów, z którymi poszczególne osoby przychodzą [8].

#### 4. Podsumowanie

Niniejszy artykuł to jedynie zarys zagadnień związanych z prowadzeniem terapii grupowej na szpitalnym oddziale stacjonarnym. Przybliży problematykę psychoterapii

w okresie adolescencji na przykładzie Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, w której zakres leczenia obejmuje szerokie spektrum zaburzeń. W kontekście takiego ośrodka psychoterapia grupowa ma wielopoziomowe znaczenie — od funkcji integrującej, przez edukacyjną, do zajmowania się konkretnymi problemami poszczególnych pacjentów. Każdy z tych obszarów powinien mieć swoje miejsce w pracy grupy.

Jedną z podstawowych kwestii jest wkomponowanie terapii grupowej w strukturę i program ośrodka. Dotyczy to zarówno spotkań personelu, jak i zharmonizowania spotkań grupy z pozostałymi zajęciami oferowanymi pacjentom. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera synchronizacja i komunikacja między personelem, wspólne stanowisko dotyczące kierunku dalszego postępowania w leczeniu poszczególnych osób. Jednym z przykładów opisywanej sytuacji jest prowadzenie psychoterapii skojarzonej.

Należy zaznaczyć, iż proces terapii i tematyka poruszana podczas sesji grupowych powinny być dopełnione omówieniem kwestii zakończenia pobytu w ośrodku oraz odnalezienia się w środowisku, do którego pacjenci wracają. Powinno się to odbywać zarówno na poziomie pracy we wszystkich formach stosowanej psychoterapii, jak i w postaci konkretnych działań ze strony ośrodka. Opuszczając klinikę osoby z zaburzeniami psychicznymi mają szansę wrócić do swego środowiska z poczuciem większych kompetencji w relacjach interpersonalnych, lepszego rozumienia siebie, z nabytą konkretną wiedzą i umiejętnościami funkcjonowania w społeczeństwie. Naturalnie pobyt w klinice stanowi najczęściej pierwszy krok, impuls do dalszego leczenia w trybie ambulatoryjnym.

Artykuł z racji objętości porusza jedynie wybrane aspekty związane z prowadzeniem psychoterapii grupowej na stacjonarnym, psychiatrycznym oddziale młodzieżowym. Problematyka jest tak obszerna i wielowątkowa, iż wymaga odwołania się do literatury z tego zakresu, dalszej praktyki oraz kolejnych prac poświęconych poszczególnym jej elementom.

### Piśmiennictwo

1. Murawiec S. Terapia grupowa zorientowana psychodynamicznie w leczeniu schizofrenii. W: Bomba J., red. Schizofrenia, różne konteksty, różne terapie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000, s. 27–29.
2. Pawlik J, red. Psychoterapia analityczna. Formy grupowe. Warszawa: Enateia; 2008, s. 59–62.
3. Strelau J. Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Gdańsk: GWP; 2000, s. 789 Yalom I, Leszcz Psychoterapia grupowa
4. Kazdin AE, Weisz J. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach. Kraków: WUJ; 2006, s. 135–136.
5. Yalom I, Leszcz M. Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2006, s. 5–8.
6. Namysłowska I, Siewierska A. Terapia rodzinna dzieci i młodzieży w oddziale psychiatrycznym — możliwości i ograniczenia. W: Psychoterapia 2/2007, s. 5–10.
7. Foulkes H. Wskazania i przeciwwskazania oraz selekcja do grupowej psychoterapii. W: Analiza grupowa. Materiały szkoleniowe Instytutu Analizy Grupowej „Rasztów”. Warszawa: DJN 1997, s – 59.

8. Popek L, Stasiak B. Psychoterapia grupowa młodzieży w warunkach ambulatoryjnych — doświadczenia, problemy i refleksje. W: Namysłowska I, red. Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000, s. 11–16.

Adres: Instytut Psychiatrii i Neurologii  
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży  
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa.