

ROLA KOZŁA OFIARNEGO W ANALITYCZNEJ TERAPII GRUPOWEJ

ROLE OF THE SCAPEGOAT IN ANALYTIC GROUP THERAPY

Centrum Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Kierownik centrum: doc. dr hab. Katarzyna Prot

I położy Aaron obie ręce swe na głowę kozła żywego i spowiadać będzie nad nim wszystkie winy synów Izraela, i wszystkie wykroczenia ich, we wszystkich grzechach ich, a złoży je na głowę kozła i odeszle go przez umyślnego człowieka na pustynię. I tak poniesie koziele ten na sobie wszystkie winy ich na ziemię pustą; i puści on kozła na pustyni. (Lev. XVI, 21–22) [1].

Autorzy analizują proces i funkcję wylaniania kozła ofiarnego w różnych grupach społecznych, w tym w grupach terapeutycznych. Wskazują — na podstawie przykładu klinicznego — na możliwości rozumienia tego zjawiska w procesie leczenia grupowego.

a scapegoat analytical group therapy

Summary: The term scapegoat is applied to processes which take place in the social, family and therapeutic groups. In all those situations, the goal of scapegoating is the projection of shameful, unaccepted and denied feelings onto the member of group/family and symbolic exclusion from the community. The authors refer the understanding of this mechanism in culture, in the social and family group and in analytical group therapy. The clinical illustration shows an unfavourable scapegoat process. The scapegoat phenomenon could be developmental and fruitful for the group if it would be diagnosed and interpreted by the group leader as an expression of the group's needs.

Zjawisko kozła ofiarnego występuje zarówno w dużych grupach społecznych, rodzinie, jak i w grupach terapeutycznych. Polega na projekcji wstydlivych, niezaakceptowanych i wypartych uczuć na członka grupy/rodziny i symbolicznym wykluczeniu go ze wspólnoty. Archetypem jest rzeczywisty rytuał religijny, w którym „grzechy” społeczności nakładane były na kozła wyrzucanego na pustynię w Dzień Pojednania (Jom Kipur). Rytuał miał na celu oczyszczenie ze zła i uczył wrażliwości etycznej poprzez definiowanie negatywnych elementów. Można go dostrzec w kontraście do noworocznych rytuałów orgiastycznych sąsiadujących kultur politeistycznych. Jakikolwiek „zło” traktowane jest konkretnie, zostaje nazwane i wymaga oczyszczenia [2].

Frazer [3] opisuje wiele rytuałów związanych ze składaniem ofiary, w których czasami kozłem ofiarnym, na którego składało się grzechy, był człowiek. I tak, na przykład plemiona zamieszkujące deltę Nigru składały ofiarę z ludzi kupionych za pieniądze wpłacane przez członków społeczności, którzy popełnili cięższe wykroczenia.

Autorzy dziękują uczestnikom seminarium analityków grupowych Instytutu Analizy Grupowej „Raszów” za komentarze, które wpłynęły na ostateczny kształt artykułu.

We wczesnej tradycji do rytuału służyły dwa kozły — jeden wyrzucany był na pustynię, drugi składany w ofierze — „I położy Aaron na oba kozły losy: los jeden dla Wiekuistego, a los drugi dla Azazela” (Lev. XVI, 8) [1]. Z punktu widzenia teorii relacji z obiektem kozioł zostaje tu rozszczępiony na dobry i zły obiekt częściowy [4]. Wyrzucany poza społeczność Azazel reprezentuje erotyczne i agresywne cechy kultur politeistycznych [2]. Najważniejszy wydaje się w tym rytuale akt zdeponowania niechcianych elementów, który nie zawsze prowadzi do wygnania lub destrukcji. W niektórych rytuałach obiekty używane są także jako kontenery na chorobę lub inne cierpienie [3]. Można w tym widzieć analogię do procesu przeniesienia, w którym uczucia zostają czasowo deponowane w terapii na zasadzie mechanizmu identyfikacji projekcyjnej [5].

Według Rene Girarda [6] różne typy prześladowań mają wspólną strukturę, która występuje niezależnie od danej kultury, rodzaju prześladowanych ofiar czy powodów prześladowania. Początkiem jest zawsze kryzys, wydarzenie, bądź proces, które powodują załamanie się porządku społecznego. Wybór prześladowanych dokonuje się według „stereotypu selekcji ofiarniczej”. Główną rolę przy wyborze ofiary odgrywa przynależność do poszczególnych grup mniejszości etnicznej lub religijnej. „Choroba, obłęd, deformacje typu genetycznego, przypadkowe okaleczenia, a nawet wszelkiego rodzaju kalectwa — prowokują postawy prześladowcze” [6, s. 29]. Te tzw. znaki ofiarnicze decydują o wyborze ofiar. Sensem wyboru ofiary jest zrzucenie na nią odpowiedzialności za zaistniały kryzys i wyrzucenie jej ze wspólnoty.

Mechanizm kozła ofiarnego jest używany przez społeczności, aby poradzić sobie z frustracją niespełniania własnych oczekiwań. Członkowie społeczności dokonują rozszczępienia atrybutów na dobre, przypisywane sobie, i złe — przypisywane „innemu”. Kozioł ofiarny może odpowiedzieć antagonistycznie, wycofując się ze społeczności, lub agonistycznie starając się w społeczności pozostać [3]. Wydaje się, że opis ten dobrze ilustrują przedwojenne prześladowania dotyczące społeczności żydowskiej i reakcje na nie w postaci ideologii syjonistycznej (reakcja antagonistyczna) bądź tendencji asymilacyjnych (reakcja agonistyczna).

W grupie terapeutycznej antagonistyczny kozioł ofiarny służy wyrażaniu uczuć, których grupa w okresie zależności nie jest w stanie wyrazić wprost — rozczarowania czy zdradzenia [3]. W życiu społecznym kozioł ofiarny ułatwia odwrócenie uwagi od niedoskonałości autorytatywnych liderów, a także przemieszczenie złości związanej z figurą ojca [7]. W sytuacji grupowej będący w roli lidera, a obawiający się oceny bądź otwartej złości, terapeuci mogą nieświadomie sprzyjać procesowi wyłaniania kozła ofiarnego wchodząc w koluzję z członkami grupy [8].

W rodzinie osoba identyfikowana jako pacjent bywa również wybierana w mechanizmie kozła ofiarnego dla zapewnienia systemowi stabilności i równowagi. W takich sytuacjach dziecko-koziół ofiarny bywa wybierane ze względu na symbolizowanie nieakceptowanych w sobie cech rodziców. Zdarza się, że jedno z rodzeństwa staje się dzieckiem-kozłem ofiarnym, na które projektowane są napięcia małżeńskiego konfliktu, a drugie — dzieckiem-świętą krową reprezentującym idealne ego rodziców. Często rola kozła w rodzinie jest przenoszona na inne sytuacje społeczne. W tym sensie rodzinny kozioł ofiarny dołączając do grupy staje się obiektem ataku [9].

Na grupę analityczną patrzymy pod kątem istniejących związków między rozwojem dziecka a rozwojem grupy jako całości. Tak jak dla dziecka typowe dla fazy oralnej są problemy dotyczące integracji i zależności, tak dla grupy w fazie zależności od lidera problemem jest zależność i władza [10]. W fazie zależności od lidera dominują lęki paranooidalne oraz pierwotne obrony przed lękiem. Występuje konflikt pomiędzy potrzebą „karmienia” przez terapeutę oraz złością na nowe doświadczenie, na obecność innych osób w grupie. Dla utrzymania terapeuty jako dobrego obiektu członkowie grupy rozszczepiają i projektują złość do niego na obiekty zewnętrzne lub grupę. Z potrzebami „karmienia” grupa może sobie radzić wybierając „pacjenta identyfikowanego”, z reguły najbardziej zależnego, i zaspokajając poprzez niego swoje pragnienie [11].

W fazie walki z zależnością dochodzi do załamania fantazji o fuzji z idealnym obiektem-terapeutą i projekcji negatywnych, sadystycznych uczuć do niego na kozła ofiarnego [11]. Tak więc szukanie kozła ofiarnego we wczesnym etapie grupowym można wiązać z fazą rozwoju grupy odpowiadającą w rozumieniu Klein pozycji schizoidalno-paranooidalnej rozwoju jednostki [12]. W interpretacji Ogdena [13] kleinowskie pozycje rozumiane mogą być jako sposób organizacji doświadczeń, a nie fazy rozwojowe. Tak więc każdy moment zagrożenia grupy może powodować regres i powrót do tej fazy rozwojowej. Według Biona [14] grupą w takiej sytuacji zaczyna kierować jedno z „podstawowych założeń”. Jeżeli jest to grupowa fantazja o ucieczce-walce, grupa projektuje „zło” na wspólnego wroga pozostającego na zewnątrz lub wewnątrz grupy. Takim wspólnym wrogiem wewnątrz grupy może być kozioł ofiarny.

Zjawisko kozła ofiarnego można przyjmować jako grupową wersję identyfikacji projekcyjnej [15]. W przypadku kozła ofiarnego nieakceptowane aspekty członków grupy zostają wyprojektowane na jednostkę, która reaguje tak jak reagowałyby wyprojektowane aspekty, gdyż proces identyfikacji projekcyjnej zakłóca zdolność zwrócenia ich nadawcom i zmniejsza dostęp do zdrowszych części self kozła ofiarnego [16]. Ich ponowna introjekcja może nastąpić, gdy terapeuta okaże kozłowi wsparcie i zinterpretuje proces. Analizowanie zjawiska zachodzącego w grupie, empatia, konfrontacja i interpretacja są najbardziej efektywnymi metodami w pracy z projekcją identyfikacyjną w grupie [16]. Agazarian [17] proponuje technikę „funkcjonalnego grupowania” poprzez identyfikację dwóch lub więcej uczestników, którzy mają podobne myśli, uczucia lub zachowanie czy pragnienia. Tworzenie takich podgrup zmniejsza siłę projekcji na jedną osobę.

Używając konstruktów Junga można powiedzieć, że kozioł ofiarny funkcjonuje jako wewnątrzgrupowy depozyt „cienia” [2]. Dla Junga „cień” to nieświadome aspekty człowieka, które ja (ego) stłumiło, albo ich nigdy nie uznało. Tworzą go stłumione pragnienia i impulsy, motywy moralnie niskie, dziecięce fantazje, resentymenty. Gemmill [18] definiuje cień grupy jako niewyrażone negatywne emocje jej członków. Część tego cienia jest projektowana na kozła ofiarnego, który, jeżeli to zostanie dostrzeżone, może stać się projekcyjnym lustrem.

Pines [za: 19] uważa, że kozioł ofiarny w grupie ma do odegrania ważną rolę katalizującą zmiany. Podobnie Foulkes [20] uważał proces wyłaniania kozła ofiarnego za rozwojowy dla grupy. Zarówno lider, jak i kozioł ofiarny zostają wykluczeni w fazie zależności z procesu grupowego. W procesie idealizacji-dewaluacji uczucia wobec lidera i kozła są rozszczepione. W tym procesie prowadzący reprezentuje ego, kozioł ofiarny funkcje id, a grupa

— superego. Siła tego procesu zależna jest od głębokości lęków i poziomu zaburzenia członków grupy. Rolą prowadzącego jest analizować proces zachodzący w grupie [20]. Bardzo istotne jest odróżnianie konstruktywnego interpersonalnego feedbacku od projekcji identyfikacyjnej. Pomaga w tym wiedza lidera o poziomie rozwoju grupy [16]. I tak, w fazie walki z zależnością, gdy dochodzi do projekcji negatywnych uczuć do terapeuty na kozła ofiarnego, właściwą interwencją jest interpretacja negatywnego przeniesienia. W tej fazie wyłanianie kozła służy ochronie lidera [21], gdyż bezpośrednia ekspresja negatywnych uczuć grozi odwetem. Zinterpretowanie uczuć wrogości do terapeuty i ich bezpieczne pomieszczenie przez niego służy zarówno ochronie kozła, jak i rozwojowi grupy.

Zarówno doświadczenie terapeutyczne, jak i badania wskazują, że pewna liczba wypadnięć z terapii jest nie do uniknięcia i można ją oszacować na około 30% we wczesnej fazie istnienia trwania grupy [22]. Wypadnięcia w tej fazie postrzegane są często albo jako obawa pacjenta przed zaangażowaniem się, albo uruchomienie mechanizmu kozła ofiarnego. Lothstein [22] proponuje spojrzenie na rytualne poświęcenie części grupy jako na mechanizm prowadzący do ustanowienia większej spójności grupy, określenia jej granic, poczucia przynależności. W tym sensie grupa czuje się bezpieczniejsza, ale w pierwotny, oparty na podziałach sposób — uczestnicy dbają o dobro własne i grupy poprzez oddzielanie „złych” części i umieszczanie ich w „kozle” [23].

W literaturze przeważa pogląd, że powstanie zjawiska kozła ofiarnego może być rozwojowe i korzystne dla grupy, jeżeli zostanie właściwie rozpoznane i zinterpretowane przez terapeutę. Kozioł ofiarny można promować różnicowanie między uczestnikami w procesie indywidualizacji i pracy z lękami przed pochłonięciem oraz akceptację i integrację części self, dotąd widzianych i pogardzanych przez innych [16].

Przykład kliniczny

Grupa została utworzona w ramach placówki państwowej, nieodpłatnie dla uczestników (w ramach ubezpieczenia społecznego). Prowadzona była w koterapii przez kobietę i mężczyznę. Od początku zauważyliśmy wyraźne różnice w naszej metodzie pracy wynikające w znacznej mierze z dotychczasowych doświadczeń w prowadzeniu grup, cech terapeuty prowadzącego grupę self oraz cech osobowości. Terapeuta, jako reprezentant bardziej „ortodoksyjnego” modelu, bardzo pilnował settingu, już od pierwszych spotkań konsultacyjnych, był zdecydowanie mniej aktywny. Terapeutka jako lekarz bardziej przyzwyczajona do sytuacji wywiadu klinicznego, wchodziła w rolę osoby prowadzącej badanie. Przyzwyczajona także do elastyczności w pracy z pacjentami psychiatrycznymi miała tendencję do przedłużania spotkań indywidualnych. Mamy wrażenie, że te spotkania zarysowały utrzymujący się przez cały czas trwania terapii podział na rolę „trzymającego zasady” ojca i „opiekującą się” matkę. Można się zastanawiać, w jakim stopniu ten podział wynikał z czynników, przedstawionych powyżej, o charakterze teoretyczno-osobowościowym (a także z różnicy płci), a w jakim — z zaburzeń pacjentów ujawniających się na etapie konsultacji. Duża część pacjentów była głęboko zaburzona, albo spełniała kryteria zaburzenia o charakterze borderline, albo wykazywała pewne cechy tego zaburzenia, w szczególności obrony o charakterze rozszczepienia.

Spotkania odbywały się raz w tygodniu, trwały 1,5 godziny; w kontrakcie podkreślaliśmy wagę uczestnictwa w każdej sesji. Pacjenci mieli powiadamiać o planowanych nieobecnościach na poprzedzającej sesji lub przez telefon. Byli informowani, że trzykrotna nieobecność bez skontaktowania się z nami zostanie uznana za rezygnację z terapii. Ta ostatnia zasada okazała się w praktyce nieklarowna i trudna do przestrzegania. Z naszych doświadczeń wynika, że chyba lepiej sprawdza się w grupach, w których pacjenci płacą za sesję, więc nie przychodząc, a płacąc, doświadczają realnej straty, która zmusza ich do ostatecznej konfrontacji, czy chcą nadal uczestniczyć w spotkaniach. W naszej pracy zetknęliśmy się z przypadkami odchodzenia rozciągniętymi w czasie utrzymującymi grupę w niepewności co do statusu jej uczestnika. Zdarzało się, że ktoś nie przychodził dwa razy bez uprzedzenia, potem dzwonił, że z uzasadnionych przyczyn nie będzie go na następnym spotkaniu, potem nie przychodził i nie kontaktował się, wydłużając swoją nieobecność. Z jego strony była to przypuszczalnie niechęć do uznania ostatecznej utraty obiektu, która już w zasadzie nastąpiła, ale w grupie niejasność reguł potęgowała frustrację.

Charakterystyka pacjentów

W momencie rozpoczęcia terapii grupę tworzyło 8 osób — wszystkie miały diagnozę zaburzeń osobowości, w tym najczęściej osobowości borderline lub osobowości zależnej (wg ICD-10). Zaburzenia miały charakter depresyjny, lękowy i anankastyczny. Często były obrony o charakterze narcystycznym. Cechą charakterystyczną opisywanej grupy była obecność dużej liczby osób głębiej zaburzonych (preedympalnie). Było to pewnie spowodowane dostępnością (nieodpłatnością) terapii, co pozwoliło z niej korzystać osobom gorzej funkcjonującym społecznie i zawodowo. Wspólnym problemem grupy były traumatyzujące wspomnienia z dzieciństwa i trudne relacje z rodzicami. Wszyscy mieli trudności z wyrażaniem złości. „Krytycznymi wydarzeniami” w terapii, wspominanymi potem przez pacjentów, były sytuacje, gdy jej wybuch nie spowodował odrzucenia, lecz dał możliwość dalszej pracy.

Charakterystyka Marii

Najgłębiej zaburzoną pacjentką (wg klasyfikacji PDM z poziomu psychotycznego) była Maria. W momencie rozpoczęcia terapii miała 40 lat, mieszkała sama, w czasie weekendów opiekowała się córką. Od wielu lat cierpiała na nasilone objawy o charakterze natręctw, głównie czystościowych — konieczność mycia się, czyszczenia ubrań, obawy przed zarazkami, zachorowaniem. Stopień nasilenia objawów uniemożliwiał jej podjęcie pracy, sprawowanie opieki nad dzieckiem. Była leczona w wielu ośrodkach, także z powodu dekompensacji o charakterze psychotycznym. Rozpoczynając spotkania grupowe czuła się nieco lepiej, co łączyła z indywidualną terapią behawioralno-poznawczą. W czasie konsultacji oświadczyła, że została ona ukończona. Chciała kontynuować terapię w ramach grupy, miała nadzieję na poprawę swojego stanu pozwalającą na podjęcie pracy i przejęcie opieki nad dzieckiem od swoich rodziców.

W ostatnim okresie dawała sobie radę mieszkając sama, dość regularnie opiekowała się córką. Podejmowała wysiłki poszukiwania pracy. W przeszłości pracowała, teraz była na rencie z powodu zaburzeń psychicznych. Miała nieukończone studia humanistyczne.

Ze względu na swoje doświadczenia w psychoterapii, rozumiała, na czym polega praca w grupie terapeutycznej.

Pacjentka była skoncentrowana na swoim ciele. Początkowo związane to było z zaburzeniami hipochondrycznymi — chorobami uzyskiwała zainteresowanie matki. W okresie adolescencji, gdy pojawiły się impulsy seksualne odczuwane jako brudne i budzące lęk, zaczęły dominować natręctwa czystościowe. Maria ma duży głód emocjonalny i czyszczenie może pełnić funkcję zaprzeczania tym pragnieniom. Ma siostrę — prawnika, dumę i wzór dla niej, ale także wyróżnianą przez rodziców jako zdolniejsza i ładniejsza.

Pomimo doświadczenia w różnego rodzaju psychoterapii, w kontakcie terapeutycznym Maria sprawiała wrażenie osoby ze słabym wglądem. W czasie konsultacji, gdy terapeuci wyrażali wątpliwości co do celowości jej udziału w grupie, zaczynała przekonywać o swojej motywacji; gdy mówili o możliwych korzyściach — zaczynała się wycofywać. Naciskała na przyjęcie jej do grupy, ale trudno określić, w jakim stopniu była to realna motywacja (za tym przemawiałoby określanie realistycznych celów terapii — praca, opieka nad córką), a w jakim obawa przed kolejnym odrzuceniem.

Opis procesu grupowego

Od pierwszej sesji Maria zwracała uwagę na opowieści związane z opieką, troszczeniem się. Szybko wybrała dwie kobiety — terapeutkę i liderkę grupy, i zwracała się przede wszystkim do nich. Pierwszą sesję zdominowała najstarsza pacjentka w grupie — Barbara, cały czas mówiąc, jak poświęca się dla innych; nie dopuszczała nikogo do głosu, ewentualnie udzielała „dobrych rad” z pozycji osoby, która dużo przeszła w życiu. Stała się taką matką, jak wewnętrzne matki członków grupy — niesłuchającą, niewrażliwą na potrzeby dzieci, skoncentrowaną na sobie. Po zauważeniu i skomentowaniu przez grupę jej dominacji, na kolejnych sesjach konsekwentnie milczała, nie reagując na prośby innych członków grupy, którzy umiędzywszy w niej odmawiającą kontaktu matkę mogli wyrażać swoje uczucia złości i winy.

Do pierwszej przerwy wakacyjnej odbyło się 12 spotkań. Pierwsze sesje poświęcone były nadziejom związanym z terapią, a także wątpliwościom i obawom symbolicznie wyrażanym w snach i wydarzeniach życiowych opisywanych na sesjach. Ze względu na charakter grupy — duża ilość osób z wczesną traumą deprivacji opieki rodzicielskiej — opisywane doświadczenia poczucia utraty bezpieczeństwa miały charakter ekstremalny. Członkowie grupy dzielili się poczuciem, że świat jest niebezpieczny i nieprzewidywalny. W związku z tym także silne były obawy dotyczące terapii i nieprzewidywalności terapeutów, ich umiejętności zaopiekowania się grupą. W tematach dotyczących rodziców pojawiła się ambiwalencja wyrażająca się w potrzebie bliskości, a równocześnie w lęku i złości, jaką ta bliskość budzi. Sprzeczne oczekiwania pacjentów wyrażały się z jednej strony pragnieniem opieki, zorganizowania życia, z drugiej — oczekiwaniem uznania ich samodzielności i odpowiedzialności. Mówili o swoich deprivacjach w dzieciństwie i obawach, czy grupa okaże się dla nich karmiąca. Ostatnie trzy sesje przed przerwą wakacyjną wyraźnie zdominowane były przez tematykę separacyjną, do której, ze względu na traumatyczne doświadczenia deprivacji dziecięcych, dostęp był ograniczony; ich interpretacja budziła opór w postaci gwałtownego zaprzeczania. W tym kontekście Maria

przyznaje się do trudności w sprawowaniu opieki nad córką na przemian ze swoją matką — myśli czasem, że lepiej byłoby nie przeżywać na nowo rozstania z dzieckiem, tylko całkiem się z nim rozstać. Objawy Marii uległy nasileniu w tym stopniu, że jej myśli, czy nie skorzystać z opieki szpitalnej, były rozumiane przez grupę jako zwrócenie się do matki o opiekę, ale też budziły duży niepokój i poczucie jej „inności” (była jedynym członkiem grupy z doświadczeniem psychozy). W tym okresie z terapii zrezygnował jeden z uczestników ze względu na ostry kryzys życiowy.

Po wakacyjnej przerwie inny uczestnik terapii, Marek, zdecydował się opowiedzieć o swojej orientacji homoseksualnej. Wywołało to w grupie dużo emocji związanych z nadzieją, że jest ona miejscem, gdzie trudne sprawy mogą być omawiane. Pojawiły się sprzeczne uczucia — potrzeba omawiania bolesnych problemów, w tym traum okresu dziecięcego (Barbara), ale też obawy przed tak głęboką pracą (Maria). Grupa w bólach rodzi się na nowo — stale paru osób brakuje, co nasila potrzebę symbiozy. Maria przyznała się, że korzysta także z terapii indywidualnej. Sama powiedziała, że jest to wbrew regułom i że obniża to jej motywację do mówienia o swoich ważnych sprawach w grupie, ale że trudno jej jest z niej zrezygnować, bo terapeutka ma cały czas tylko dla niej. Problem Marii omawiany był zarówno w aspekcie indywidualnym, jak i wyrażanej w ten sposób ambivalencji grupy w stosunku do wiązania się, co potwierdziło się w materiale wnoszonym na kolejnych sesjach. Maria, po deklaracji, że nie wie, czy wybrać terapię indywidualną czy grupową, przestała przychodzić i po trzech nieobecnościach, o których informowała terapeutów, oraz rozmowie indywidualnej, w której zgodziła się, że musi podjąć decyzję o wyborze rodzaju terapii, przyszła na spotkanie, by omówić swoje trudności z podjęciem decyzji. Zacytuję obszernie fragmenty tej sesji jako ilustrację niekorzystnego przebiegu procesu kozła grupowego.

26. sesja grupy:

Obecni: Dorota, Jan, Zofia, Maria, Marek, Krystyna, nieobecna Barbara

Maria: To może ja zacznę, bo ostatnio nie przychodziłam. Myślę też, że są tego różne powody, ale też jest tak, że nie zależy mi aż tak na grupie. Raz było tak, że autobus nie przyjechał, ale za nim przyjechał inny, do którego już nie wsiadłam, bo pomyślałam, że to trwa tyle czasu i mogłam w tym czasie zrobić dużo innych rzeczy. Mam wrażenie też, że ta grupa trwa już tyle czasu, pół roku, a ja nie widzę poprawy [...]. Wszyscy mówią, że ma trwać dwa lata i że jest jeszcze czas, ale ja już tyle się leczę i widzę, że te dwa lata to kropla w morzu potrzeb. Pani doktor też mi mówiła, że ja, jak coś mi nie pomaga, to z tego rezygnuję. Tak ze mną jest. Na te spotkania indywidualne też przestałam przychodzić i ta pani się gniewa, i powiedziała, że muszę zdecydować, czego właściwie chcę.

Terapeutka: Ja powiedziałam pani Mario, że pani rezygnuje z różnych rzeczy, jak pani je dostaje. Tak jak zależało pani bardzo na grupie, dopóki pani do niej nie weszła.

Dorota: Ja to dobrze rozumiem, bo ze mną też tak jest, ale dla grupy jest ważne, żeby się określić, czy ktoś przychodzi, czy nie.

Maria: Ja mam wrażenie, że korzystałabym z grupy, gdybym cały czas mówiła bez przerwy.

Terapeuta: Nie daje sobie pani na to dużo szansy pani Mario, bo często pani nie przychodzi.

Maria: Może rzeczywiście.

Zofia: Może ja teraz powiem. Chcę powiedzieć to, z czym przyszłam. To jest trochę tak, że źle się z tym czuję, że ktoś nie przychodzi i potem mówi, a ja mam zostać z tym, co chciałam wam powiedzieć. Czuję się trochę też winna i nie wiem, czy mam mówić, czy nie.

Maria: Ja już właściwie skończyłam.

Marek: Mów.

Zofia: Mam taką sytuację, że znowu jestem w takim stałym pędzie i właściwie też nie powinnam dzisiaj przyjść. Na jutro mam skończyć pracę, a pojutrze mam test z angielskiego, o którym dowiedziałam się dzisiaj. I jeszcze miałam napisać CV, i jakoś napisałam, a mój narzeczony miał to poprawić i wysłać. Jak wróciłam, to zobaczyłam, co on wysłał i to było źle zrobione, więc się popłakałam. A potem zatelefonowała moja przyjaciółka i jej powiedziałam, że mam zamiar zdawać na drugi fakultet, i ona na to, że się nie nadaje, bo nie znam przedmiotów, które tam są podstawą. Potem cały wieczór myślałam o tym, czy mam zdawać czy nie. Chciałam o tym powiedzieć, bo to jest taki mój stały mechanizm.

Jan: To chyba nie była dobra przyjaciółka, że ci tak powiedziała.

Zofia: Nie, ona jest dobrą przyjaciółką.

Dorota: No, może przyjaciółka to może tak powiedzieć, ale w tym, co mówisz, to ja widzę takie dwie rzeczy mi bliskie. Jedna to, że wszystko trzeba robić samemu. Chciałabyś, żeby narzeczony zaproponował ci pomoc, i on to zrobił, a ty i tak musiałaś go skontrolować i oczywiście nie było tak, jak chciałaś. Ja mam tak samo, a przecież, jak już ktoś coś robi, to wiadomo, że nie będzie tak dokładnie, jak ty chcesz, i trzeba to już zostawić. Druga rzecz to poczucie niskiej wartości i z tego biorą się twoje wątpliwości. Nie wiem, może powinnaś stać na środku pokoju i trzy godziny krzyczeć, że jesteś wspaniała, zamiast rozmyślać. Ja ostatnio właśnie myślałam, że dobrze byłoby, żebyśmy mieli do domu zadawane prace domowe. Ja często siadam i myślę o tym, co było na grupie i nawet sobie notuję, ale myślę, że też dobre byłyby prace domowe, i to mogłaby być twoja praca domowa.

Jan: Ja jednak myślę, że to nie jest dobra przyjaciółka, że znając twoją wrażliwość tak wprost mówi, że się nie nadajesz. Mnie też nauczyciel powiedział, że nie nadaję się do dobrego liceum, ale zdałem, i potem na studia.

Marek: A mnie nauczycielka z polskiego powiedziała, że nie powinienem zdawać na studia humanistyczne, a poszedłem i się dostałem. Ty też po prostu idź na egzamin.

Zofia: Teraz ja się źle czuję, że przerwałam Marii, i Krysia też pewnie będzie chciała coś powiedzieć, a z drugiej strony może to powiedziałam, żeby wam nie dać okazji, żeby odpowiedzieć na to, co Maria powiedziała.

Terapeutka: Żeby ochronić panią Marię.

Zofia: Może coś takiego, chociaż nie wiem dlaczego.

Maria: Ja się zastanawiam, że coś jest nie tak z grupą, bo widzę, że ktoś już z grupy zrezygnował. Nie przychodzi ja ani Krysia.

Dorota: Ty robisz teraz coś takiego, że odwracasz sytuację. Ty nie przychodzisz, bo grupa jest nie taka, a nie, że ty masz problem z przychodzeniem.

Jan: „Nie pytajcie, co Ameryka zrobi dla was, zróbcie wy coś dla Ameryki”.

Krystyna: Ja dopiero słysząc to, co mówicie o nieprzychodzeniu na grupę i po rozmowie przed grupą z panią doktor zrozumiałam, że muszę jakoś zdecydować. Nie mogłam przychodzić, bo pracuję bardzo długo i nie zdążam. To jest taka praca, gdzie pod koniec roku wszyscy siedzą po godzinach. Mam nadzieję, że od stycznia będzie lepiej, ale już wiem, że 20. nie przyjdę, a o najbliższych grupach też mi jest trudno coś powiedzieć. Jest dla mnie bardzo ważne, że mam pracę i podnosi to moje poczucie własnej wartości, i też właściwie objawy są minimalne, a jak są, to wiem, jak sobie z nimi radzić. Obawiam się tylko, że to może wrócić, więc sama nie wiem.

Grupa przekonuje Krystynę, że może postawić w pracy warunki.

Terapeuta: Grupa jest teraz w okresie młodzieńczego buntu. Część grupy nie przychodzi, opuszcza zajęcia jak w szkole, pani Maria dewaluje wartość grupy, a pani Krysia łamie zasady grupowe. Przypominam, że w czasie sesji się nie je ani nie pije (do Marka pijącego colę).

Maria: Ja nie dewaluuję grupy, ale widzę, że ktoś zrezygnował.

Terapeuta: Życie toczy się dalej, ale, jak to w rodzinie, są osoby, które odchodzą i przychodzą, i spodziewamy się nowego rodzeństwa.

Dorota: No właśnie. To jest straszne. Myślałam o tym ostatnio, że nie akceptuję zmiany. Ja zawsze mam wszystko określone odtąd dotąd. A w kontekście tej nowej osoby myślę, że, tak jak mówiłam o tych pracach domowych, chciałabym pracować głębiej, nowa osoba może to zatrzymać. Ja akceptuję zmianę tylko w takim zakresie, w jakim sama wyznaczę.

Zofia: Ja czasami chciałabym jakoś inaczej, ale nawet w ubraniu — jak sobie kupuję — to zawsze takie samo, a jak kupię inne to i tak tego nie noszę.

Dorota: Ja też zawsze maluję ściany tymi samymi kolorami. Chyba to jest potrzeba kontroli.

Terapeuta: I poczucia bezpieczeństwa.

Jan: Czasami mam ochotę na zmianę, jak jest za duży marazm. Dawniej zmieniałem fryzurę, ale tej nowej osoby obawiam się w tym sensie, jak mówi Dorota, a też myślę, że dla tej nowej osoby to może być trudne.

Dorota: Obawiam się, że ta nowa osoba może cofnąć grupę.

Terapeuta: Puste krzesła też działają jak kotwice dla grupy i zatrzymują jej rozwój. Dlatego konieczne jest przez panie podjęcie decyzji o dalszym udziale w grupie.

Krystyna: Ja dzisiaj nie jestem w stanie podjąć decyzji. Potrzebuję jeszcze paru dni.

Terapeutka: Rozumiem, że przyjdzie pani na następną grupę i poinformuje pani, jaką decyzję podjęła.

Maria: Ja też nie mogę.

Terapeuta: Pani sytuacja jest inna. Spotkaliśmy się z panią indywidualnie i umówiliśmy się, że podejmie pani decyzję.

Maria: To jest trudne, myślałam, że może jeszcze się zastanowię i poinformuję telefonicznie. Ja mam też takie trudności związane z obawą przed ubrudzeniem, szczególnie, jak mam okres.

Terapeutka: Niech pani zauważy pani Mario, że przedtem mówiła pani o uczuciach związanych z grupą, a jak terapeuta poprosił panią o decyzję, to zaczęła pani mówić o objawach.

Maria: I co to znaczy?

Terapeutka: Pokazuję pani funkcję objawu.

Dorota: Że masz te objawy, jak czegoś nie chcesz zrobić, na przykład tu jechać albo podjąć decyzji.

Terapeuta: Mam wrażenie, że decyzję już pani podjęła mówiąc o tym, że w grupie coś jest nie tak.

Jan: A właściwie, co jest nie tak?

Maria: Nie wiem.

Terapeutka: Czasami tak jest, że trzeba coś zdewaluować, żeby móc zostawić.

Dorota: Ja tak mam.

Maria: To znaczy teraz mam powiedzieć?

Terapeutka: Myślę, że byłaby w tym wartość, żeby powiedziała to pani na grupie, a nie potem przez telefon. Byłoby to ważne dla pani i dla grupy. Pan Marek ostatnio mówił, że zabrakło mu takiej rozmowy.

Marek: Takiej kłamry.

Terapeuta: Koniec grupy. Następnym razem odstawiamy pani krzesło.

Po sesji para terapeutyczna miała różne zdanie w sprawie usunięcia Marii z grupy. Terapeutka uważała, że należało zostawić decyzję pani Marii, która razem z grupą zmagala się z oporem spowodowanym „coming outem” Marka i nie wprost wyrażanym oczekiwaniem kolejnego „otwierania się”. Terapeuta twierdził, że Maria przekroczyła już wszystkie możliwe terminy i granice, i dalsze przeciąganie sytuacji jest destrukcyjne dla grupy. Z punktu widzenia procesu grupowego można uznać, że grupa radziła sobie poprzez rozszczępienie — potrzebę „radikalnych” decyzji umieszczając w Dorocie i terapeutce, a potrzebę ochrony w Zofii i terapeutce. Marek i Jan przestrzegają, że oceny nauczycieli autorytetów mogą w przyszłości okazać się błędne.

Maria zatelefonowała z pytaniem, czy może przyjść pożegnać się z grupą, co zostało przekazane jej uczestnikom w formie pytania i zachęty do mówienia o uczuciach z tym związanych. Wszyscy odpowiedzieli, że nie czują takiej potrzeby, ale są gotowi pożegnać się, jeżeli Marii na tym zależy. Wydaje się, że zgodność w „zamknięciu” sprawy Marii i niechęć do mówienia o uczuciach związanych z rozstaniem może być związana z tym, że grupa poczuła siłę swoich agresywnych impulsów.

Sprawa Marii wróciła jeszcze po paru sesjach przy omawianiu braku opieki rodzicielskiej, w wypowiedzi Zofii: „chcę powiedzieć, chciałam już wcześniej, że jak pani Maria odeszła z grupy i na tej grupie pan tak zakończył nagle, to się przestraszyłam”.

Dyskusja

Układ rodzinny Marii mógł sugerować, że zajmowała w nim rolę kozła ofiarnego w opozycji do siostry-świętej krowy, reprezentującej sukces zawodowy jako prawnik. Maria miała widoczny „znak ofiarniczy” w postaci objawów psychotycznych, niepokojących od początku dla grupy. Idealnie nadawała się na kozła ofiarnego także z powodu swojej otwarcie deklarowanej potrzeby zależnościowej. W grupie weszła w znaną sobie z rodziny rolę — najbardziej zaburzonego i potrzebującego opieki członka. Pozostałych uczestników grupy też charakteryzowały deficyty we wczesnej opiece rodzicielskiej, z którymi dawali sobie radę poprzez mechanizmy zaprzeczenia i rozszczepienia. Maria była idealną osobą do projekcji ich negatywnie postrzeganej potrzeby zależności.

Maria powtórzyła w grupie mechanizm, którym posługiwała się w życiu — bardzo zależało jej na przyjęciu do grupy (przypuszczalnie dla uniknięcia przykrego uczucia wykluczenia, które miała w rodzinie), ale środowisko, które ją przyjęło, zostało natychmiast zdewaluowane jako niewystarczająco karmiące. Jej potrzeby bycia karmioną były duże, a terapię grupową utrudniała niemożność dzielenia się wybranymi kobietami — matkami i poczucie, że jest karmiona tylko w bezpośredniej relacji z nimi.

Maria na początku osiągnęła postęp w omawianiu swoich problemów; objawy na tyle ustąpiły, że była w stanie regularnie opiekować się dzieckiem. Pomimo tego weszła w znaną sobie rolę kozła ofiarnego, co spowodowało jej usunięcie z grupy. Wydaje się, że przed konfliktem z Marią rozpoznawaliśmy potrzebę grupy rozładowania impulsów agresywnych, ale bardziej niepokoił się o Barbarę, do której złość była bezpośrednio wyrażana, albo o „naznaczonego” homoseksualizmem Marka. Być może Barbara reprezentowała kozła „agonistycznego”, który jednak znalazł swoje miejsce za cenę podporządkowania się normom grupowym. Maria natomiast — kozioł „antagonistyczny” — wyrażająca wprost potrzebę zależności i wątpliwość, czy grupa jest wystarczająco karmiąca, została z niej wykluczona.

Pozostaje pytanie, czy osoba z tak głębokim zaburzeniem (dekompensacje o charakterze psychotycznym skutkujące hospitalizacjami psychiatrycznymi) nie powinna być przyjmowana do grupy z założeniem nieco innego kontraktu — na przykład zezwalającego na kontynuowanie terapii indywidualnej, dopóki nie poczuje się pewniej.

Dostrzeżenie w porę mechanizmu rozszczepienia i umieszczanych w Marii potrzeb pozostałych pacjentów dałoby szansę na pozostanie jej w grupie, a być może także na wcześniejszą konfrontację z potrzebami zależności jej uczestników. Wydaje się, że na

przeszkodzie stanęły zjawiska przeciwprzeniesieniowe. Oboje terapeuci byli jedynakami, co być może wpłynęło na niedostateczne zauważanie rywalizacji pomiędzy grupowym rodzeństwem w procesie karmienia i wpływało na niedocenienie lęku grupy przed kolejnymi „narodzinami”. W trakcie sesji było widać wyraźnie, jak grupa dąży do większej spójności w obliczu zagrożenia przez przyjście nowej osoby.

Terapeuci dołączyli do swoich grup „self” po okresie tworzenia grupy i nie przechodzili ze swoimi grupami fazy zależności, co być może wpłynęło na to, że widzieli zarówno grupę, jak i Marię bardziej „dojrzałe”. Komentarz terapeuty dotyczący adolescencji wydaje się przedwczesny. W trakcie terapii pojawiają się być może oznaki „walki z liderem”, ale dominują cechy grupy w okresie zależności — duża potrzeba otrzymywania „pokarmu”, cechy narcystyczne wyrażane przez Dorotę („może powinnaś stać na środku pokoju i trzy godziny krzyczeć, że jesteś wspaniała, zamiast rozmyślać”), obraz autorytetu z cechami pierwotnego okrucieństwa (nierozumiejący, wykluczający nauczyciele). Kłopoty z przychodzeniem na sesje zapoczątkowane były przerwą wakacyjną i trudnością mówienia o zawodzie związanym z utratą karmiącego obiektu. Od Marii oczekiwaliśmy podjęcia decyzji, do czego nie była zdolna.

Rozszczepienie terapeutów na pilnującego granic ojca i współczującą matkę obrazowało potrzeby pacjentów i być może integracja tych potrzeb uchroniłaby grupę przed terapeutycznym acting-outem, którym było usunięcie Marii z grupy. Przepuszczalnie trudności te związane były z siłą nieświadomych procesów grupowych spowodowaną obecnością głębiej zaburzonych pacjentów. W zachowaniu grupy po usunięciu Marii widać było ulgę, ale też poczucie winy i lęk, być może związany z obawą o to, czy nie zostanie wybrana następna ofiara.

Wnioski

Już w procesie kwalifikacji do grupy ważne jest dostrzeżenie cech pacjenta, a także jego miejsca w systemie rodzinnym, które mogą predysponować go do roli kozła ofiarnego.

Wobec osób głębiej zaburzonych, z dużą potrzebą „karmienia”, należy zakładać możliwość elastyczniejszych norm, jak kontynuowanie terapii indywidualnej, lub w przypadku większej liczby takich osób — rozważyć sesje grupowe dwa razy w tygodniu.

Terapeuta grupowy musi znaleźć balans pomiędzy pragnieniem chronienia kozła ofiarnego a przestrzeganiem norm grupy. Właściwą interwencją jest zinterpretowanie zachodzącego procesu w kategoriach aktualnych potrzeb grupy.

Piśmiennictwo

1. Tora. Pięcioksiąg Mojżesza. Tłum. Izaak Cytkow. Kraków: Wydawnictwo Austeria; 2006.
2. Perera SB. The scapegoat complex. Toward a mythology of shadow and guilt. Toronto: Inner City Books; 1986.
3. Frazer JG. Złota gałąź. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1969.
4. Cohen B, Schremer V. On scapegoating in therapy groups: a social constructivist and intersubjective outlook. *Int. J. Group Psychother.* 2002; 52: 89–109.
5. Schaverien J. Art within analysis: scapegoat, transference and transformation. *J. Anal. Psychol.* 1999; 44: 479–510.

6. Girard R. Kozioł ofiarny. Wydawnictwo Łódzkie; 1987.
7. Scheidlinger S. Presidential address. On scapegoating in group psychotherapy. *Int. J. Group Psychoth.* 1982; 32: 131–143.
8. Rutan JS, Stone WN. *Psychodynamic group psychotherapy*. New York: Guilford; 1993.
9. Schoenewolf G. The scapegoat and the holy cow in group therapy. *J. Contemp. Psychother.* 1998; 28: 277–287.
10. Agazarian I, Peters R. *The visible and invisible group*. London: Routledge & Kegan; 1981.
11. Agazarian I. The phases of group development and the system-centered group. W: Schremer V, Pines M, red. *Ring of fire*. London: Routledge; 1994.
12. Segal H. *Wprowadzenie do teorii Melanie Klein*. Gdańsk: GWP; 2005.
13. Ogden TH. *The matrix of the mind: object relations and the psychoanalytic dialogue*. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1986.
14. Bion WR. *Experiences in groups*. London: Tavistock Publications; 1961.
15. Gemill G, Kraus G. The dynamics of covert role analysis: small groups. *Small Group Behav.* 1988; 19: 299–311.
16. Moreno JK. Scapegoating in group psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.* 2006, 57: 93–105.
17. Agazarian YM. Contemporary theories of group psychotherapy: a systems approach to the group-as-a-whole. *Int. J. Group Psychother.* 1992; 45: 55–71.
18. Gemmill G. The dynamics of the group shadow in intergroup relations. *Small Group Behav.* 1986, 17: 299–240.
19. Lyndon P. The leader and the scapegoat: a dependency group study. *Group Analysis* 1994, 27: 95–104.
20. Foulkes SH. *Introduction to group analysis*. London: Allen and Unwin. Reprinted: London: Karnac, 1964/1984.
21. Yalom I, Leszcz M. *Psychoterapia grupowa*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
22. Lothstein L. The group dropout phenomenon revisited. *Am. J. Psychiatry* 1978; 135: 1492–1495.
23. Malcus L. Indirect scapegoating via projective identification and the mother group. *Int. J. Group Psychother.* 1995; 45: 55–71.

Adres: Katarzyna Prot, Centrum Zdrowia Psychicznego IPiN
Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
e-mail: kprot@ipin.edu.pl

Dofinansowanie naukowych wyjazdów zagranicznych

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympozjach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

2. Refundacja nie może przekroczyć równowartości 1000 USD

3. Refundacja może być rozliczona jako:

a. stypendium ZGPTP (tzn. jako opodatkowany przychód)

b. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt. 2.

4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:

a. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału

b. informację o imprezie

c. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia

d. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu

5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.

6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.

7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.

8. W dniu 6 czerwca 2006 Zarząd Główny zmienił treść pkt 2 Regulaminu. Stypendium nie może przekraczać 1000 USD, niezależnie od miejsca konferencji.