

DLUGOTERMINOWA PSYCHOTERAPIA GRUPOWA OSÓB CHORUJĄCYCH NA PSYCHOZY. PODEJŚCIE ANALITYCZNE

LONG-TERM GROUP PSYCHOTHERAPY OF PSYCHOTIC PATIENTS. PSYCHOANALYTIC APPROACH

Środowiskowy Dom Samopomocy
Caritas Diecezji Warszawsko-Praskiej
Kierownik: Szymon Szumiał

**psychosis
group psycho-
therapy
psychoanalysis**

Autor artykułu prezentuje zasady prowadzenia psychoterapii grupowej w podejściu psychoanalitycznym dla pacjentów z rozpoznaniem psychozy. Podstawowe zjawiska i najistotniejsze elementy procesu grupowego w kontekście trudności przeżywanych przez pacjentów psychotycznych ilustrowane są przykładami opisującymi także efekty zmian charakteru obron stosowanych przez pacjentów oraz poprawę jakości nawiązywanych przez nich relacji. W artykule dyskutowane są także trudności, jakie przeżywają psychoterapeuci prowadzący grupę.

Summary: The article presents the rules of conducting group psychotherapy for psychotic patients in the psychoanalytic approach. Basic phenomena and important elements of the group process, in the context of difficulties experienced by psychotic patients are discussed. Difficulties which can be experienced by the therapists conducting group psychotherapy are also identified. The text is supplemented by examples illustrating the described processes. The main effect of the presented group psychotherapy is a change of the nature of the defence mechanisms used by patients and improvement in the quality of their relationships with others. This is possible as the effect of the whole group's development, which is beneficial for individual persons participating in the psychotherapy.

Psychoterapia grupowa

Analityczna lub też psychodynamiczna psychoterapia grupowa to forma terapii mająca długą tradycję i silne podstawy teoretyczne usystematyzowane również w polskim piśmiennictwie [1–5]. Wydaje się, że szczególne znaczenie dla rozumienia współcześnie prowadzonej terapii ma koncepcja Foulkesa i Biona.

Siegfried Heinrich Foulkes myślał o grupie terapeutycznej jako o całości, która podlega dynamicznym zmianom. Zmiany te są efektem rozmów i niewerbalnej komunikacji pomiędzy członkami grupy. Jednocześnie dynamika grupy wyraża się właśnie poprzez treści werbalne i niewerbalne pojawiające się podczas sesji. Członkowie grupy w trakcie spotkań na bazie wzajemnej komunikacji i wzajemnych relacji tworzą nową całość, która jest czymś więcej niż sumą doświadczeń konkretnych osób. Foulkes zachęcał terapeutów do podążania za grupą i ograniczania liczby interwencji. Uważał, że grupa powinna stać się całością nie tylko dynamiczną, ale również autonomiczną. Niezależność od terapeuty wg tego podejścia jest wyrazem dojrzałości grupy. Poszczególne osoby uczestniczące w psychoterapii korzystają z rozwojowych procesów zachodzących w grupie terapeutycznej. Doświadczają udziału w osiągnięciach coraz bardziej dojrzałej grupy.

Wilfred Bion również traktował grupę jako całość, a właściwie nawet jako pojedynczego pacjenta. Dynamikę grupy opisywał jako nieustanne próby poszukiwania kompromisowych rozwiązań pomiędzy pragnieniami a lękami. Rozwiązania te dotyczą możliwych do przyjęcia w grupie treści i sposobów ich wyrażania. Na bazie takich często nieświadomych ustaleń powstaje kultura i normy grupy. Rozwój polega na tym, że kolejno przyjmowane kompromisy stopniowo stają się bardziej bliskie pragnieniom niż lękom. Pozwalają na coraz pełniejsze, nieskrępowane wyrażanie przeżyć i emocji.

Osoby korzystające z terapii spotykają się regularnie, zwykle raz w tygodniu na półtoragodzinnych sesjach terapeutycznych prowadzonych przez jednego lub dwóch terapeutów, tocząc swobodną dyskusję. Podczas sesji dzielą się swoimi przeżyciami i emocjami, wymieniają myśli i skojarzenia związane z codziennym życiem, doświadczeniami z przeszłości i wyobrażeniami o przyszłości. Bardzo istotne są również rozmowy dotyczące relacji pomiędzy osobami korzystającymi z terapii oraz pomiędzy nimi a psychoterapeutą lub psychoterapeutami prowadzącymi grupę. Tematy dyskusji są zawsze wnoszone przez pacjentów. Nigdy nie są z góry planowane. Mogą dotyczyć przeżyć bieżących, wspomnień, pragnień i lęków przed przyszłością.

Uczestniczenie w psychoterapii grupowej rozwija i pogłębia rozumienie własnych indywidualnych przeżyć oraz zjawisk czy też procesów interpersonalnych zachodzących w grupie. Pacjenci, którzy lepiej rozumieją własne doświadczenia i swój sposób funkcjonowania w relacjach z ludźmi, mogą dokonywać wielu konstruktywnych zmian w swoim życiu. Mogą też zdecydować się na kontynuowanie dotychczasowego sposobu funkcjonowania, mając jednak już wtedy przekonanie, że jest to ich własny, świadomy wybór.

Uczestnicząc w psychoterapii, myśląc o sobie i o pozostałych członkach grupy, analizując swoje doświadczenie, mogą stopniowo poszerzać sposób rozumienia własnych przeżyć. Jest to proces opierający się na autorefleksji. Każda osoba w grupie dowiaduje się również od innych pacjentów, jakie emocje i myśli wywołują jej zachowanie i wypowiedzi. Jest to proces przebiegający na płaszczyźnie interpersonalnej. Doświadczenia płynące z relacji pomiędzy członkami grupy oraz autorefleksyjne myślenie o sobie wzmacniają się wzajemnie. Pacjenci korzystający z terapii dzielą się własnymi przemyśleniami na temat swoich doświadczeń wywołując w ten sposób reakcje innych pacjentów. Spotkanie z tymi reakcjami jest doświadczeniem pogłębiającym i uzupełniającym autorefleksję nowymi treściami. W ten sposób pacjenci korzystając wzajemnie ze swojej obecności podczas sesji grupowej budują coraz pełniejszy obraz własnych przeżyć.

Poszerzanie rozumienia własnych doświadczeń i przeżyć, tzw. wgląd, jest ważnym elementem leczenia w ramach analitycznej psychoterapii grupowej. Nie jest jednak elementem zasadniczym ani koniecznym do uzyskania poprawy. Sami pacjenci przypisują wglądowi bardzo różne znaczenie. Niektórzy uważają, że jest bardzo ważny, inni, że zupełnie nieistotny [6]. Bardziej znaczącym zjawiskiem zachodzącym w psychoterapii jest korektywne doświadczenie emocjonalne. Podczas psychoterapii grupowej, dzięki procesom projekcji i regresji w relacji z całą grupą, z terapeutą lub z poszczególnymi członkami grupy, nieświadomie odtwarzają się sytuacje o zasadniczym znaczeniu emocjonalnym. Powtórne doświadczenie takich przeżyć zwykle wyraża wewnętrzny konflikt lub zranienie spowodowane przez urazy psychiczne z przeszłości. Psychoterapia grupowa umożliwia dokonanie próby ponownego poradzenia sobie z trudnym doświadczeniem,

tym razem w bezpiecznej atmosferze i przy współudziale grupy, przy czym próba ta jest zwykle dokonywana nieświadomie.

Pierwszym trudnym doświadczeniem w życiu jest doświadczenie narodzin, sensoryczne spotkanie ze światem i budowanie relacji z pierwszym opiekunem, zwykle z matką [7]. Dla każdego nowo narodzonego dziecka jest to sytuacja budząca intensywny lęk. W analitycznej psychoterapii grupowej analogicznym doświadczeniem są przeżycia pacjentów z pierwszych sesji — znajdują się w nowym otoczeniu, przeżywają silne obawy, czy zostaną dobrze przyjęci, rozpoczynają wchodzenie we wzajemne relacje. Ta nowa sytuacja wywołuje nieświadome skojarzenia z przeżyciami z odległej przeszłości. Umożliwia powtórne doświadczenie rozpoczynania czegoś nowego, bycia przyjętym przez ludzi, nawiązywania kontaktu z otoczeniem. Jeżeli tym razem będzie to proces przebiegający w sposób bardziej pozytywny i konstruktywny niż w przeszłości, nastąpi korektywne doświadczenie emocjonalne, które może być uzupełnione pogłębionym rozumieniem tego, co się dzieje. Należy jednak podkreślić, że samo doświadczenie korektywne, bez opracowania intelektualnego, ma działanie leczące, natomiast wykonywanie pracy przebiegającej wyłącznie na płaszczyźnie poznawczej — nie ma takiego działania.

Psychoterapeuci prowadzący grupę analizują zachodzące w niej zjawiska i procesy. Myślą o dynamice grupowej. Poszukują sposobów rozumienia tego, co dzieje się podczas sesji. Przyglądają się również własnym przeżyciom i emocjom, traktując je także jako materiał ułatwiający uchwycenie zjawisk i procesów grupowych. Dzielą się swoim sposobem rozumienia z pacjentami, formułując interpretacje, wskazując na istotne wydarzenia i wypowiedzi pojawiające się podczas sesji albo też uściślając, klaryfikując niektóre zachodzące w grupie sytuacje. Ich wypowiedzi są formułowane w takiej formie i w takim języku, żeby złożone zjawiska grupowe stały się dla pacjentów korzystających z psychoterapii jak najbardziej przystępne. Przekazują swoje interpretacje pacjentom wtedy, gdy grupa nie jest w stanie poradzić sobie z pojawiającym się na sesji materiałem odczuwając z tego powodu napięcie uniemożliwiające kontynuację rozwoju. W pierwszej kolejności to pacjenci — czy raczej grupa jako całość — próbują przyjąć i zrozumieć pojawiające się przeżycia i emocje. Interpretacje terapeutów pojawiają się na sesji w drugiej kolejności — wtedy, gdy grupa nie jest w stanie samodzielnie poradzić sobie z doświadczeniem. Nadmiar stosowanych interwencji uzależnia ją od terapeutów i ogranicza jej autonomiczność, natomiast brak stosownych reakcji ze strony terapeutów nadmiernie ją frustruje. Frustracja jest trudnym doświadczeniem, zwłaszcza dla osób z doświadczeniem psychozy.

Funkcjonowanie emocjonalne pacjentów psychotycznych

Sposób funkcjonowania i doświadczenia świata przez pacjentów psychotycznych ma swoją specyfikę. Objawy psychozy są konsekwencją silnego pierwotnego lęku, który dotyczy elementarnych kwestii tożsamościowych. Wiąże się z brakiem podstawowego poczucia bezpieczeństwa odnoszącego się do pewności własnego istnienia, własnej odrębności czy też ciągłości własnego ja. Osoby psychotyczne przeżywają lęk przed unicestwieniem, przed brakiem granic i przed tym, że zostaną pochłonięte przez otoczenie. Ten rodzaj lęku jest adekwatny rozwojowo do okresu bardzo wczesnego dzieciństwa, kiedy dopiero rozpoczyna się proces tworzenia własnej tożsamości, a poczucie ciągłości jeszcze nie istnieje, cho-

ciężby dlatego, że w doświadczeniu dziecka nie było jeszcze powtarzających się przeżyć kontynuacji własnego życia psychicznego. Dziecko doświadczając też koniecznego w tym okresie szerokiego zakresu opieki nie odczuwa jeszcze własnej odrębności.

Pierwotny lęk przeżywany przez pacjentów psychiatrycznych nie znajduje racjonalnego uzasadnienia w ich bieżącej sytuacji życiowej. Jest jednak na tyle silny, że zakłóca procesy poznawcze i utrudnia kontaktowanie się z ludźmi. Osoby z doświadczeniem psychozy wypracowują specyficzne sposoby radzenia sobie z tak silnym lękiem. Po pierwsze, dokonują projekcji trudnych do zniesienia i nieakceptowanych wewnętrznych impulsów i przeżyć. Świat, otoczenie czy bliskie osoby są odbierane jako zagrażające i wrogie. Dzięki takiemu rzutowaniu to, co trudne, jest umieszczane na zewnątrz, a więc jednak w pewnej odległości. Ułatwia to radzenie sobie z problemem. Z perspektywy osoby chorującej przypisującej innym negatywne cechy i impulsy przeżywany przez nią lęk nie jest irracjonalny, co również daje pewną ulgę. Zachowanie osoby chorującej, choć niezrozumiałe dla otoczenia, dla niej samej jest bardzo dobrze uzasadnione. W tak „przerażającym” otoczeniu nie można nie odczuwać lęku. Drugim stosowanym sposobem obrony przed pierwotnym lękiem jest izolowanie się. Osoby doświadczające psychozy często nie nawiązują bliższych relacji. Są mało aktywne. Pozostają na uboczu. Czują się bezpieczniej, gdy są same, ponieważ, zgodnie z ich sposobem przeżywania świata, ze strony innych osób może spotkać je przede wszystkim coś złego. Izolowanie się jest również sposobem radzenia sobie z poczuciem wątpliwych granic własnej tożsamości, w związku z którym to poczuciem bezpieczniej jest zachowywać dystans. Zbyt bliskie relacje grożą zarówno zbyt daleko idącym ujawnieniem własnych przeżyć, jak i pochłonięciem przez impulsy, myśli i emocje innych. Relacje, w jakich funkcjonują osoby z doświadczeniem psychozy, są obciążone przeżywanym przez nie napięciem i lękiem. Nawet najbliżsi często są odbierani jako zagrażający, bez względu na to, czy realnie rzeczywiście mogą być w jakikolwiek sposób niebezpieczni, czy nie. Niepokój, jaki przeżywają pacjenci psychiatryczni, utrudnia też komunikację z otoczeniem. W wielu sytuacjach spokojne wyrażenie swoich emocji i myśli w rozmowie okazuje się niemożliwe. Kontakty z ludźmi nierzadko służą głównie rozładowaniu przeżywanego napięcia. Dodatkowo również już samo rozpoznawanie, różnicowanie i nazywanie własnych emocji jest trudne. Silny lęk przede wszystkim rodzi potrzebę znalezienia uzasadnienia dla takiego przeżycia oraz potrzebę zaangażowania otoczenia w sytuację, w której możliwe będzie przynajmniej częściowe rozładowanie doświadczanego napięcia. Nie ma miejsca na pogłębioną refleksję nad swoimi emocjami. Lęk jest na tyle dominujący, że pozostałe emocje i przeżycia schodzą na plan dalszy. Tym trudniej jest je sobie uświadamiać, nazywać je i mówić o nich.

Sposób odbierania świata i własne doświadczenia emocjonalne pacjentów psychiatrycznych powodują również, że mają oni małą zdolność przeżywania frustracji i niepowodzeń oraz do radzenia sobie z bieżącymi napięciami szybko reagując i wycofując się lub wpadając w gniew.

Stosowanym często mechanizmem obronnym jest rozszczepienie. Pacjenci czują, że niektóre osoby są całkowicie dobre, a inne — całkowicie złe. Rozszczepienie ułatwia porządkowanie obrazu świata i odnalezienie się w trudnej sytuacji, choć jest to jedynie chwilowe rozwiązanie. Kolejna trudna sytuacja, np. usłyszenie czegoś przykrego od osoby, którą uważało się za dobrą, wymaga dokonania ponownego podziału. Osoby idealizowane

mogą być następnie deprecjonowane i na odwrót — osoby przeżywane dotąd jako złe mogą być odbierane jako wyjątkowo dobre. Należy przy tym podkreślić, że powyższe uwagi odnoszące się do funkcjonowania emocjonalnego osób psychotycznych dotyczą zaostrzonej fazy choroby i tzw. okresu remisji, choć nasilenie i częstość występowania opisywanych trudności w czasie remisji jest znacznie mniejsze.

Podsumowując powyższy opis emocjonalnego funkcjonowania pacjentów psychotycznych trzeba zaznaczyć, że termin psychoza używany w tym artykule odnosi się do struktury osobowości chorych, a nie do konkretnego rozpoznania nozologicznego. Struktura ta charakteryzuje się przede wszystkim masywnym używaniem mechanizmów projekcyjnych zamiast wyparcia oraz destruktywnymi atakami na aparat poznawczy, które mogą prowadzić do nasilenia się przeżywanego lęku, ale też do poczucia omnipotencji i wszechwiedzy [8]. Osoby funkcjonujące w ten sposób mogą mieć różne rozpoznania psychiatryczne. Najczęściej będzie to schizofrenia, dość często jednak również zaburzenia afektywne dwubiegunowe czy też zaburzenia schizoafektywne.

Najbardziej adekwatnym sposobem postępowania wobec poważnych i głębokich trudności doświadczanych przez osoby z doświadczeniem psychozy wydaje się oferta uczestniczenia w długoterminowej psychoterapii. Procesy rozwojowe, które mogą poprawić funkcjonowanie chorej osoby, zwiększyć jej dojrzałość i wzmocnić granice, wymagają czasu. Praca z pacjentami psychotycznymi jest jednak zwykle postrzegana jako trudna i obciążająca. Jej podejmowanie wiąże się również z problemami etycznymi [9].

Psychoterapia grupowa dla osób chorujących na psychozy

Pomimo bogatej tradycji prowadzenia psychoterapii grupowej dla osób z różnymi rozpoznaniem i przeżyciami, proponowanie pacjentom psychotycznym uczestniczenia w grupie terapeutycznej może budzić wątpliwości. Można zadawać sobie pytanie, czy sesja grupowa nie jest w tym przypadku doświadczeniem zbyt wymagającym i frustrującym. Chorzy, którzy mogą mieć dość silną potrzebę izolowania się oraz przeżywać dość silne napięcie i lęk, mogą odczuwać obecność innych jako nieprzyjemną i zagrażającą. Relacje pomiędzy pacjentami, a także pomiędzy nimi a terapeutami mogą być wobec tego fasadowe i płytkie lub opierać się przede wszystkim na poczuciu zagrożenia i mieć przez to charakter antyterapeutyczny. Znajdując się w sytuacji wzmacniającej lęk pacjenci psychotyczni mogą zareagować zwiększonym nasileniem objawów. Silne poczucie zagrożenia nie tylko udaremni przeżycie korektywnego doświadczenia emocjonalnego, ale wręcz narazi osoby chorujące na psychozy na retraumatyzację. Nie będą one miały okazji przeżyć próby ponownego poradzenia sobie z trudnymi problemami, pojawią się natomiast kolejne — wynikające z nieradzenia sobie.

Wspierający korektywne doświadczenie emocjonalne proces pogłębiania rozumienia indywidualnych przeżyć i treści interpersonalnych w grupie osób chorujących na psychozy może być również znacznie utrudniony ze względu na problemy z rozpoznawaniem i nazywaniem własnych przeżyć i emocji. Pacjenci mogą także wzajemnie odreagowywać przeżywaną frustrację i lęk, co będzie szczególnie trudnym doświadczeniem biorąc pod uwagę ich ograniczone możliwości znoszenia napięć i konfliktów.

Wszystkie te trudności powodują, że terapeuci stający w obliczu rozpoczęcia grupowej psychoterapii dla pacjentów psychotycznych przeżywają wątpliwości i obawy [10]; jednym ze stosowanych środków umożliwiającym im poradzenie sobie z własnym lękiem jest wówczas wprowadzenie bardziej ustrukturalizowanej formy terapeutycznej [11]. Długoterminowa psychoterapia grupowa dla pacjentów psychotycznych jest jednak prowadzona w wielu różnych placówkach. Istnieją również zbiorcze opracowania prezentujące sposoby pracy i procesy, które zachodzą podczas sesji grupowych dla osób chorujących na psychozy [12].

Psychoterapia grupowa dla pacjentów psychotycznych może być prowadzona w ramach leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego. Sesje terapeutyczne mogą odbywać się m.in. w placówkach służby zdrowia, pomocy społecznej i w prywatnych ośrodkach. Udział w psychoterapii może być płatny lub bezpłatny. Te różnorodne rozwiązania mają swoją specyfikę, która przekłada się na proces leczenia w grupie.

Osoby korzystające z psychoterapii w ramach leczenia stacjonarnego czy też w ramach oddziału dziennego, spotykają się ze sobą poza sesjami. Uczestniczą również razem w innych formach terapii, np. w terapii zajęciowej czy w zebraniach społeczności terapeutycznej. Rozmawiają ze sobą podczas przerw i w czasie wolnym. W związku z tym część przeżyć związanych z uczestnictwem w psychoterapii grupowej jest przenoszona poza sesje i tam wyrażana w rozmowach i podczas wspólnych aktywności. Można powiedzieć, że grupa traci w ten sposób część cennego materiału, który mógłby być omawiany podczas psychoterapii. Z drugiej strony jednak interakcje pomiędzy pacjentami zachodzące pomiędzy sesjami mogą być punktem wyjścia w rozmowach prowadzonych w grupie terapeutycznej. W ten sposób wspólne przeżycia sprzed sesji stają się przedmiotem pogłębionego omówienia podczas psychoterapii. Zdarza się także, że wydarzenia, które rozgrywały się przed sesją, mają swoją kontynuację podczas sesji. Nieporozumienia i spory, ale także pozytywne doświadczenia we wzajemnych kontaktach tworzą klimat emocjonalny spotkania grupowego. Emocje wnoszone przez pacjentów stają się udziałem całej grupy i mogą prowadzić do korektywnego doświadczenia emocjonalnego.

Zgodnie z zasadami psychoterapii prowadzonej ambulatoryjnie pacjenci nie kontaktują się ze sobą poza sesjami terapeutycznymi. Dzięki temu wszyscy mają dostęp tylko do tego, co dzieje się podczas spotkań grupowych. Sytuacja jest wówczas znacznie bardziej klarowna, ponieważ materiał pojawiający się na sesji można odnosić wyłącznie do dynamiki grupy, która nie jest zakłócana przez relacje nawiązywane poza sesjami terapeutycznymi. Należy jednak pamiętać, że pacjenci psychotyczni często korzystają z leczenia, w tym również psychoterapii lub pomocy psychologicznej, w wielu różnych miejscach. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że osoby zgłaszające się do tej samej grupy będą już się znały, np. z poradni czy też z oddziału szpitalnego, na którym były leczone.

Psychoterapia grupowa może być płatna lub bezpłatna. Płacenie za sesje wywołuje u pacjentów różne emocje i myśli. W zależności od indywidualnych problemów oraz etapu terapii konieczność płacenia może być przeżywana jako prześladowanie, jako kupowanie usługi lub też jako osiągnięcie rozwojowe, np. gdy pacjenci są w stanie zarobić na własną psychoterapię. Osoby korzystające z bezpłatnej terapii zyskują możliwość podjęcia leczenia bez względu na swoją sytuację finansową, tracą natomiast możliwość omawiania wszyst-

kich przeżyć związanych z płaceniem za sesje. Mogą też mieć skłonność do dewaluowania psychoterapii jako usługi nie podlegającej opłacie, a więc — bezwartościowej.

Grupy terapeutyczne są prowadzone jako grupy zamknięte, tworzone od początku do końca psychoterapii przez te same osoby z możliwością uzupełnienia składu dopiero po rezygnacji jednego z pacjentów, lub jako grupy półotwarte, w których jedni pacjenci kończą leczenie, a inni dopiero rozpoczynają udział w psychoterapii. Rodzaj grupy także wpływa na dynamikę prowadzonego leczenia. W grupach zamkniętych pacjenci mają możliwość wspólnego przeżywania poszczególnych faz terapii — od pierwszych spotkań, podczas których panuje głównie niepokój i lęk przed konfrontacją, poprzez stopniowe zaznaczanie się różnic pomiędzy uczestnikami grupy, wspólną pracę nad pojawiającą się problematyką aż po doświadczenie rozstania. W grupach półotwartych osoby rozpoczynające psychoterapię mogą uczyć się udziału w tym sposobie leczenia od pozostałych pacjentów. Uczestniczący od pewnego czasu w sesjach grupowych mogą próbować odnajdywać się w roli kogoś, kto przyjmuje i dba o nowych pacjentów.

Zadaniem terapeutów prowadzących psychoterapię grupową jest przede wszystkim odpowiedni dobór pacjentów do grupy na podstawie diagnozy funkcjonowania każdego z nich. Kolejną rolą terapeutów jest przyjmowanie i wytrzymywanie napięć wnoszonych przez pacjentów na sesji. Terapeuci dzielą się również z grupą swoim sposobem rozumienia zjawisk grupowych i problemów pacjentów, ale dopiero wówczas, gdy grupa nie jest w stanie poradzić sobie z przeżywanym aktualnie napięciem. Podczas pierwszych sesji to właśnie na terapeutach koncentruje się uwaga pacjentów. W relacji z terapeutami odtwarza się doświadczenie akceptacji lub odrzucenia. Terapeuci stają się reprezentantami ważnych dla pacjentów bliskich w dzieciństwie osób. W dalszej kolejności funkcje te przejmie grupa jako całość, jednak podczas pierwszych sesji nie ma ona jeszcze tożsamości. Poczucie przynależności do grupy to rezultat, którego osiągnięcie wymaga czasu. Podczas pierwszych sesji pacjenci zwykle nie zwracają się do siebie. Mówią przede wszystkim o sobie zwracając się do terapeutów. Nowa sytuacja, jaką jest udział w sesji grupowej, nasila ich niepokój. Często są nieobecności i spóźnienia, które można rozumieć jako sposób umożliwiający odizolowanie się od innych.

Pacjenci w sposób powierzchowny mówią o swoich trudnościach i objawach choroby, odnajdując jednak wzajemne podobieństwa stopniowo tworzą tożsamość grupową. Dostrzeżenie podobieństw w historii życia albo w doświadczanych trudnościach umożliwia im rozpoczęcie myślenia o sobie w kategoriach przynależności do grupy. Jej członkowie stopniowo będą przejmować od terapeutów rolę reprezentanta bliskiej osoby z wczesnej relacji dziecięcej oraz rolę kontenera pomieszczającego w sobie napięcie przeżywane przez innych [13]. Na tym etapie najczęściej zdarzają się rezygnacje z uczestniczenia w psychoterapii. Wejście w relacje z innymi, nowo poznanymi osobami oraz z grupą jako całością może okazać się dla niektórych zbyt trudne, budzić zbyt silne lęki. Pacjenci rezygnujący z terapii mogą też chronić w ten sposób swoją tożsamość oraz wyobrażenie o własnej autonomii i niezależności.

Osoby korzystające z terapii podczas kolejnych sesji znajdują wspólny, możliwy do przyjęcia przez wszystkich członków grupy sposób opowiadania o swoich przeżyciach. W grupach osób chorych na psychozy często pojawiają się narracje, które nie dotyczą wprost bieżącej sytuacji ani aktualnych przeżyć z ostatniego tygodnia. Są to wypowiedzi,

które przede wszystkim wyrażają sposób przeżywania świata i doświadczania własnej tożsamości [14]. Nie mają one charakteru wyłącznie symbolicznego i nie powinny być rozpatrywane tylko w kategoriach objawów. Pacjenci znajdują język, który umożliwia im wyrażanie własnych doświadczeń w taki sposób, aby było to możliwe do przyjęcia w grupie. Dzięki temu grupa staje się kontenerem, któremu można powierzać własne przeżycia bez obawy, że zostaną one odrzucone. Poniższe przykłady pozwolą lepiej zrozumieć istotę tego procesu.

W psychoterapii prowadzonej w grupie półtwartej uczestniczył 45-letni pacjent Marek, który na sesję przyjeżdżał starą nysą. Podczas pierwszych sesji często mówił o tym, że jest to najlepszy i najbardziej wygodny samochód i że choć może często się psuje ze względu na wiek i przebieg, to on sam potrafi w nim wszystko naprawić. Z nowymi samochodami jest trudniej, bo ich działanie jest sterowane elektronicznie, co uniemożliwia samodzielne naprawy. Wszystkie, nawet drobne usterki trzeba naprawiać w warsztacie, przez co kierowcy są zmuszani do nabijania kieszeni właścicielom warsztatów. Pacjent mówił o tym, że jego nysa ma już 20 lat. Kupił ją pięć lat temu. Weześniej również miał samochód tej marki i w przyszłości również planuje zakup używanej nysy. Pan Marek leczył się, dołączył do grupy półtwartej. Niektórzy pacjenci korzystali z tej grupy już od dwóch lat. W ich wypowiedziach często pojawiały się tematy dotyczące możliwych zmian w życiu, na które można się odważyć mimo doświadczenia choroby. Niektóre osoby podczas sesji mówiły o sukcesach, które udało im się osiągnąć, np. o udanej próbie podjęcia pracy. Pan Marek natomiast zwykle mówił o kłopotach z samochodem i o tym, jak udało mu się z nimi poradzić, dzięki czemu, choć z trudem, docierał na sesję.

Po półrocznej terapii pan Marek, mówiąc o kolejnych awariach swojego samochodu, powiedział, że zastanawia się nad zakupem nowego auta. Tym razem jednak będzie to samochód osobowy. Pozostali pacjenci wyrazili podziw, że potrafi utrzymać samochód i że zna się na naprawach.

Treść powyższego przykładu można rozumieć następująco. Pan Marek mówiąc o samochodzie wyraża poczucie własnej tożsamości, które, mimo trudności i braków, zapewnia stabilizację i niezależność. Mówi też o swojej niechęci do zmian i o tym, że uczestniczenie w sesjach, na których inni pacjenci mówią o swoich sukcesach, jest dla niego trudne. Po półrocznym udziale w terapii zaczyna mówić o swojej gotowości na zmiany. Nie jest jednak jasne, czy rzeczywiście przekonały go historie opowiadane przez pozostałych pacjentów, czy może czuje, że nie może mówić ciągle o tym samym i że musi dostosować się do grupy. Pacjenci, wyrażając swój podziw dla jego umiejętności, zapewniają go, że jest w grupie przyjmowany i akceptowany bez względu na swoje decyzje w sprawie przeszłości.

Tematy oporu przed zmianą i ulegania oczekiwaniom zostały w powyższym przykładzie wprowadzone przez pacjenta za pomocą języka, który nie tylko ma rozbudowaną warstwę symboliczną, ale też wyraża jego osobiste doświadczenie. Samochody miały dla niego duże znaczenie emocjonalne. Wymiana pomiędzy nim a grupą doprowadziła również do korektywnego doświadczenia emocjonalnego. Mógł poczuć się w grupie przyjęty bez względu na to, czy będzie spełniał warunki, które w jego poczuciu były konieczne, czy też — nie.

Grupa terapeutyczna dokonując aktu przyjęcia wzmacnia swoją tożsamość. Pacjenci mają wówczas możliwość doświadczenia relacji z drugą osobą, co prowadzi do poczucia

większej pewności siebie. Pojawia się również nadzieja — wg pacjentów najważniejszy czynnik leczący [6]. Warto zauważyć, że pacjenci w omawianym przykładzie nie nazywają wprost tego, co dzieje się między nimi. Pozwala to na zachowanie bezpiecznego dystansu, bez blokowania rozwojowego procesu grupowego, który będzie miał w tym przypadku znaczenie nie tylko dla pana Marka, ale też dla pozostałych uczestników grupy. Kolejny krok rozwojowy najpierw przyjmuje formę wyobrażenia. Dopiero potem jest przedmiotem opracowania w grupie.

W następujących po sobie wypowiedziach pacjentów psychotycznych uczestniczących w psychoterapii grupowej można często zauważyć brak ciągłości i bezpośredniego odnoszenia się do siebie. Wydaje się, że grupa nie ma spójności, ponieważ każdy pacjent rozwija swoją indywidualną wypowiedź bez nawiązywania do wypowiedzi poprzedników. Taki przebieg sesji może być trudnym doświadczeniem dla terapeutów, którzy mogą mieć poczucie zamieszania i zagubienia. Dzięki temu jednak uzyskują dostęp do sposobu doświadczania rzeczywistości przez pacjentów, w którym właśnie często brakuje koherencji. Zadaniem terapeutów grupowych jest w każdej sytuacji poszukiwanie wspólnego tematu spotkania, nawet w pozornie nie wiążących się ze sobą wypowiedziach. Terapeuci, formułując rozumienie omawianych przez pacjentów wątków, łącząc ze sobą porozdzielane treści, indukują proces budowania spójności w życiu psychicznym pacjentów. Po pewnym czasie podczas sesji grupowych można zauważyć, że osoby uczestniczące w terapii bardziej interesują się sobą nawzajem i poruszonymi przez innych tematami.

Pani Monika, 25-letnia pacjentka, zwykle zabierała głos na początku sesji. Mówiła o tym, jak się czuje, jakie obecnie bierze leki. Swoje samopoczucie wiązała z aktualną pogodą. Po krótkiej wypowiedzi zawierającej te informacje dziękowała za uwagę i milczała do końca sesji. Wydawało się, że nie jest zainteresowana tym, co mówią pozostali uczestnicy grupy. Jej obecności na sesjach były jednak bardzo regularne. Terapeuci konsekwentnie wyodrębniali wspólne motywy pojawiające się w wypowiedziach pacjentów i mówili o nich w grupie. Po mniej więcej roku jeden z pacjentów na sesji grupowej mówił o tym, że stopniowo traci wzrok, ponieważ choruje na zaćmę. Na następnej sesji pani Monika zapytała go, czy nie powinien jednak skonsultować się jeszcze z jakimiś innymi specjalistami i czy teraz widzi gorzej niż w zeszłym tygodniu.

Można przypuszczać, że wzrok dla pani Moniki, obserwarki sesji grupowych, był szczególnie ważny, a perspektywa utraty zdolności widzenia — przerażająca, co tłumaczy jej aktywność. Należy jednak zauważyć, że zwróciła się z pytaniem do innego pacjenta kontynuując temat z poprzedniej sesji. W ten sposób w grupie terapeutycznej tworzą się powiązania i relacje, które następnie mogą zostać zinternalizowane i zmienić sposób doświadczania rzeczywistości przez pacjentów, również poza sesjami terapeutycznymi.

Terapeuci prowadzący psychoterapię grupową dla chorych na psychozy mogą doświadczać wielu trudności przeciwprzeniesieniowych czy też emocjonalnych będących konsekwencją stosowanego przez pacjentów mechanizmu identyfikacji projekcyjnej [15]. Pacjenci psychotyczni nieświadomie angażują terapeutów w rozegrania mające na celu zmniejszenie poziomu przeżywanego napięcia poprzez wzbudzenie w nich niepokoju lub złości. Uzewnętrzenie trudnych emocji daje im poczucie ulgi. Poniżej przedstawiono przykład takiej sytuacji.

Pan Jacek, 40-letni pacjent uczestniczący w psychoterapii grupowej, niepokoił się z powodu zbliżającej się komisji lekarskiej, która miała mu przedłużyć prawo do renty lub odmówić jej. Na jedną z sesji przyszedł nietrzeźwy. Dzień wcześniej nie zastosował się do wskazań lekarskich i wziął za dużo leków. W dniu psychoterapii wypił alkohol. Został wyproszony z sesji. Wychodząc, wyraźnie zdenerwowany, pytał, czy oprócz środków do życia zostanie też pozbawiony możliwości leczenia. Psychoterapię prowadziło dwóch koterapeutów. Podczas omawiania sesji powstał między nimi spór dotyczący dalszego postępowania z panem Jackiem. Jeden z terapeutów uważał, że w związku z przekroczeniem regulaminu pacjent powinien zostać usunięty z grupy bez możliwości kontynuowania leczenia, drugi — że jego udział w terapii powinien być utrzymany. Terapeuci przeżywali silną złość i nie mogli dojść do porozumienia.

Zachowanie pacjenta z powyższego przykładu spowodowało, że terapeuci zaczęli odczuwać złość, którą wcześniej przeżywał pacjent w związku z możliwością ustania świadczeń w wyniku niepomyślnego dla niego decyzji komisji lekarskiej. Przedmiotem tej złości w przypadku terapeutów również była decyzja dotycząca przyszłości pacjenta.

Podsumowanie

W prowadzeniu psychoterapii grupowej dla pacjentów psychotycznych najważniejsze jest wyłonienie się grupy jako bezpiecznego środowiska umożliwiającego wyrażanie i przyjmowanie omawianych treści. Grupa powstaje jako efekt interakcji pomiędzy pacjentami, ale też jako efekt interwencji terapeutów. Terapeuci wspierają proces powstawania tożsamości grupowej poprzez odnoszenie się do grupy jako całości i poprzez podejmowanie wspólnych tematów grupowych. Pracę terapeutów mogą utrudniać ich własne przeżycia przeciwprzeniesieniowe. Powinni oni mieć świadomość specyfiki grup dla pacjentów psychotycznych, wynikającej z ich trudności i możliwości rozwojowych.

Celem psychoterapii grupowej jest poszerzenie zdolności testowania rzeczywistości, zmiana stosowanych obron oraz poprawa zdolności nawiązywania i utrzymywania relacji z ludźmi. Osiągnięcie efektów psychoterapii w leczeniu osób z doświadczeniem psychozy wymaga czasu, jest jednak możliwe do osiągnięcia. Niektóre opracowania wskazują nawet na grupową psychoterapię jako na najlepszą formę terapii dla pacjentów psychotycznych [14]. Podczas kolejnych sesji pacjenci uczestniczą w procesie tworzenia się grupy, która następnie dojrzewa i rozwija się. Z tego rozwoju korzystają wszystkie osoby uczestniczące w psychoterapii.

Piśmiennictwo

1. Pawlik J, red. Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2008.
2. Pawlik J. Psychoterapia analityczna. Formy grupowe. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1981.
3. Murawiec S. Terapia grupowa chorych na schizofrenię — doświadczenia własne. *Psychoter.* 1998; 1, 104: 13–22.
4. Murawiec S. Terapia grupowa zorientowana psychodynamicznie w leczeniu schizofrenii. W: Bomba J. Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000.

5. Izydorczyk B, Niziołek E. Zastosowanie psychoterapii grupowej w leczeniu dziewcząt i kobiet z diagnozą anoreksji psychicznej (prezentacja modelu terapeutycznej pracy w Ośrodku Leczenia Nerwicy i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka” — doświadczenia własne). *Psychiatr. Pol.* 2009; 43, 4: 457–468.
6. Garcia-Cabeza I, de Chávez MG. Therapeutic factors and insight in group therapy for outpatients diagnosed with schizophrenia. *Psychosis* 2009; 1: 134–144.
7. Słaboń-Duda A. Wczesna relacja matka — dziecko i jej wpływ na dalszy rozwój emocjonalny dziecka. *Psychoter.* 2011; 2, 157: 11–18.
8. Lucas R. The psychotic personality: a psychoanalytic theory and its application in clinical practice. *Psychoanal. Psychother.* 1992; 6, 1: 73–79.
9. Kostecka M, Namysłowska I, Ostoja-Zawadzka K. Problemy etyczne w terapii schizofrenii. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46, 3: 421–428.
10. Cañete M, Ezquerro A. Group-analytic psychotherapy of psychosis. *Group Anal.* 1999; 32: 507–514.
11. Ghirardelli R. From defence to understanding: the evolution of a group of young psychotic patients and of its leader. *Group Analysis* 2000; 33: 265–270.
12. Schermer VL, Pines M. *Group psychotherapy of the psychoses. Concepts, interventions and contexts.* London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1999.
13. Koukis AE. Depression in psychosis and the therapeutic impact of the group-analytic group. *Psychosis* 2009; 2: 167–177.
14. Correale A. empathy with psychotic states in the institutional group. *Group Anal.* 1999; 32: 525–534.
15. Urlic I, Britvić D. Group supervision of group psychotherapy with psychotic patients: a group-analytic approach. *Group Anal.* 007; 40: 269–284.

Adres: szumiau@post.pl