

Sabina Przybyś¹

PRZENIESIENIE – PRZECIWPZENIESIENIE W PROCESIE ROZWOJU GRUPY PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ

TRANSFERENCE – COUNTERTRANSFERENCE IN THE PROCESS OF DEVELOPMENT OF A PSYCHOTHERAPY GROUP

¹Mazowiecki Ośrodek Psychoterapii i Psychiatrii Zielona Med

transference
countertransference
group psychotherapy stages

Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest omówienie fenomenu przeniesienia – przeciwprzeniesienia w kontekście psychoterapii grupowej, ze szczególnym uwzględnieniem zmian tego zjawiska w zależności od faz pracy grupy terapeutycznej.

W artykule powołano się na teorię rozwoju grup opracowaną przez Yvonne M. Agazarian oraz Richarda Petersa, wywodzącą się z założeń Systems-Centered Therapy (SCT). Odniesiono się również do stadiów pracy grupy opisanych przez Irvina Yalom.

Scharakteryzowano zwięźle istotne aspekty przeniesienia i jego główne rodzaje w procesie psychoterapii grupowej. Uwrażliwiono czytelnika na ambiwalentny charakter przeniesienia, a zatem na odczytywanie tego, co bezpośrednio obecne w komunikacji grupy, ale i tego, co niewypowiedziane, tego, co na wierzchu i tego, co pod spodem.

Wykorzystano przykłady kliniczne pochodzące z praktyki autorki dla lepszego zrozumienia omawianych zagadnień. Wskazano potencjalne trudności, jakich mogą doświadczać terapeuci pod wpływem przeciwprzeniesieniowych odczuć na poszczególnych etapach prowadzenia psychoterapii w grupie. Artykuł może okazać się pomocny w diagnozowaniu problemów i potrzeb grupy, jak również doboru sposobu pracy oraz rodzaju zaangażowania psychoterapeuty po uwzględnieniu etapu jej istnienia.

Summary

The aim of this article is to discuss the transference–countertransference phenomenon with reference to group psychotherapy, especially in relation to the stages of group development.

The author of the article quotes the theory of group development created by Yvonne M. Agazarian and Richard Peters, which derives from Systems-Centered Therapy (SCT). She also mentions the stages of group work described by Irvin Yalom.

The most important aspects of transference and its main types are briefly considered with reference to group psychotherapy. Through this article, the reader's attention is drawn to the ambivalent nature of transference. Readers will notice what is evident and directly present in group's communication, as well as what is hidden, omitted and passed over in silence. The text includes clinical examples from the author's workplace that help understand this phenomenon. The author points to potential

difficulties that may be experienced by therapists under the influence of countertransference during different stages of group psychotherapy.

Wprowadzenie

Przeniesienie to zjawisko polegające na odtworzeniu się w teraźniejszości pochodzących z przeszłości (na ogół z dzieciństwa) wzorców przeżywania. Emocje przynależne wcześniejszym relacjom podmiotu wpływają na jego aktualną percepcję i przenoszone są na inne obiekty. Przeniesienie to powtarzanie zamiast pamiętania. Ma charakter nieświadomy [1, 2].

Natomiast przeciwprzeniesienie – w ujęciu klasycznym (wąskim) – definiowane jest jako nieświadoma reakcja psychoanalityka na przeniesienie pacjenta. Podejście takie pozostaje bliskie zaleceniu Freuda, by analityk przewyciężał swoje przeciwprzeniesienie, ponieważ jego główne źródło upatrywane jest w neurotycznych konfliktach analityka.

W niniejszym artykule autorka posługuje się terminem przeciwprzeniesienie w ujęciu szerokim (totalistycznym). Przeciwprzeniesienie tak ujmowane postrzegane jest jako całkowita reakcja emocjonalna analityka na pacjenta w sytuacji terapeutycznej. Oznacza to, że poza świadomymi i nieświadomymi reakcjami na przeniesienie pacjenta, przeciwprzeniesienie jest także odpowiedzią na jego sytuację, zaspokaja również własne potrzeby analityka związane z rzeczywistością oraz jego potrzeby neurotyczne. W tym ujęciu zaleca się aktywne, techniczne korzystanie z przeciwprzeniesienia [3].

Rodzaje przeniesienia

W grupach można wyróżnić przeniesienie grupowe (grupa – terapeuta, grupa – pacjent, grupa – instytucja) oraz indywidualne (pacjent – terapeuta, pacjent – grupa, pacjent – pacjent, pacjent – instytucja) [4]. Jeśli grupa prowadzona jest przez dwóch terapeutów lub gdy w skład zespołu wchodzi dodatkowo obserwator, zjawisko przeniesienia pojawia się również w teamie terapeutycznym.

W przeniesieniu grupowym grupa jako całość podziela nieświadomą fantazję dotyczącą terapeuty, jednego z członków lub instytucji, w ramach której prowadzone jest leczenie. Przeniesienie grupowe cechuje się dużą intensywnością, przez co łatwo budzi przeciwprzeniesienie. Takie przeciwprzeniesienie z kolei często bywa przeżywane jako przytłaczające, zalewające, wszechogarniające. Jest trudne do opanowania i wywiera presję do przyjęcia określonej postawy. Przeniesienie grupowe potrafi być źródłem zmasowanego oporu. Pod jego wpływem grupa wtłacza członków w określone role, co ma prowadzić do rozwiązania nieświadomego problemu [5].

Rola terapeuty sprzyja reakcjom przeniesieniowym, zarówno pozytywnym, jak i negatywnym. W przeniesieniu pozytywnym prowadzący grupę uważany jest za mądrego, uczestnicy rywalizują o jego uwagę, prezentują postawy zależności i uległości. Wówczas nawet gafa, niedociągnięcie, zakłopotanie terapeuty traktowane są jako część jego tajnej taktyki, przemyślanego postępowania wobec grupy. W przeniesieniu negatywnym terapeuta zawodzi, jest bezużyteczny, słaby, niekompetentny. Może być powodem cierpienia i nadużyć [6].

Przeniesienie grupowe, podobnie jak indywidualne, ma charakter ambiwalentny. Oznacza to, że przykładowo pragnieniu bliskości z terapeutą, bycia przez niego wyróżnionym, towarzyszy jednocześnie lęk przed taką sytuacją. O tym, jaki aspekt przeniesienia ujawnia się jako pierwszy, decydują te emocje pacjenta, które są bardziej lękogenne. Dla przykładu występujące od razu przeniesienie negatywne można rozumieć jako wyraz lęku przed zaangażowaniem uczuciowym [7]. W psychoterapii indywidualnej, żeby odczytać ambiwalentny charakter przeniesienia, czasem potrzebujemy ujawnienia się obydwu jego wymiarów. Wtedy możemy pomóc pacjentowi w integracji rozszczepionych aspektów przeżywania.

W psychoterapii grupowej ambiwalencję przeniesienia można poznać po podziale członków na „obozy” reprezentujące różne jego wymiary. Czasem wymiar, który nie jest nazywany wprost, umykający pacjentom zabierającym głos, przeżywany jest przez milczących członków grupy. Kiedy terapeuta zwraca się do nich, zachęcając ich do wypowiedzenia swoich myśli i odczuć, pozwala na jego ujawnienie. Bardzo istotne, by o tym pamiętać, ponieważ gdy większość członków opowiada się za jednym wymiarem i towarzyszą temu intensywne emocje, łatwo ulec takiemu ograniczonemu rozumieniu rzeczywistości grupowej. Natomiast gdy terapeuta kontaktuje się w przeciwprzeniesieniu z niewypowiadany wymiarem przeniesienia, trudno mu „przeciwstawić się” myśleniu i przeżywaniu przeważającej liczebnie, rozemocjonowanej grupy.

Ambiwalentna natura przeniesienia przez Greensona nazywana jest przeniesieniem obronnym. Pacjent może bronić się na przykład przed romantycznymi i erotycznymi uczuciami do terapeuty lub innego członka grupy poprzez uporczywą wrogość albo skrajny racjonalizm, chłód emocjonalny, poprawność kosztem żywości uczuć.

W związku z ambiwalentnym charakterem zjawiska przeniesienia w psychoterapii mamy też do czynienia z tak zwanym przeniesieniem opartym na rozszczepieniu. Wówczas pacjent indywidualny (lub grupa), żeby poradzić sobie z ambiwalencją, kieruje skrajnie różne emocje do dwóch różnych obiektów [7]. W grupach zjawisko to często pojawia się w odniesieniu do dwóch terapeutów prowadzących.

Właściwe zrozumienie i skomentowanie przeniesienia grupowego wymaga często od terapeuty znacznego wysiłku, by nie ulec wpięciu jego naciskowi i nie dokonać rozegrania w działaniu. Natomiast w przypadku przeniesienia indywidualnego w grupie uczestnicy mogą być bardzo pomocni w zmniejszeniu siły reakcji przeniesieniowej, oferując trzecią pozycję.

Dla przykładu grupa działała łagodząco na przeniesienie indywidualne pacjentki, która pozostawała w poczuciu krzywdy i wrogim nastawieniu do swojej matki, ale miała równocześnie przyjazne relacje z rodzeństwem. Siostry i brata także uznawała za ofiary matki. Gdy pacjentka zaczęła w analogiczny sposób przeżywać terapeutkę, grupa próbowała pokazać jej, że wiele z interwencji terapeutki miało na celu jej pomoc i że oni sami nie czują się podobnie pokrzywdzeni przez prowadzącą.

W pierwszej kolejności terapeuta powinien zawsze analizować przeniesienia grupowe, ponieważ angażują one poszczególnych członków na tyle mocno, że nie ma przestrzeni do pracy nad indywidualną problematyką [4].

Greenson wymienił charakterystyczne cechy uczuć przeniesieniowych: nieadekwatne, nieodpowiednie do sytuacji, nadmiernie silne lub zbyt blade, zmienne, nieprzewidywalne,

sztywne, stereotypowe [8]. Takich cech przeniesienia doświadczamy zarówno w terapii indywidualnej, jak i grupowej, a także w życiu.

Zazwyczaj przeniesienie aktywizuje się jeszcze przed pierwszym spotkaniem w gabinecie. Posłużę się przykładem, kiedy to pacjentka na pierwszej konsultacji kwalifikującej do grupy weszła do gabinetu, a na jej twarzy pojawiło się wyraźne zaskoczenie pomieszanego z rozczarowaniem. Okazało się, że kobieta spodziewała się dużo starszej terapeutki. Jeden z pacjentów stwierdził natomiast na spotkaniu grupowym, że jest bardzo zaskoczony, ponieważ założył, że współuczestnikami będą „wariaci”, a nie zwykli ludzie z problemami takimi jak jego.

Choć członkowie grupy pod wpływem przeniesienia będą postrzegać prowadzącego i siebie nawzajem w nierealistyczny sposób, to specyfika poszczególnych etapów terapii także ma swój udział w kształtowaniu ich percepcji. Znajdują się oni bowiem w nowej, nieznanej sytuacji, wśród wielu osób, o których wiedzą tylko to, że mają problemy natury psychicznej. Sami z kolei zwykle borykają się z objawami od dłuższego czasu, często latami. Kiedy tak na to spojrzymy, wówczas zjawiska przeniesieniowe – takie jak choćby początkowa idealizacja terapeuty – przestają zaskakiwać, podobnie jak nieuchronne rozczarowanie liderem, który nie okazał się uzdrowicielem i cudotwórcą.

Przeniesienie oraz odpowiadające mu przeciwprzeniesienie są wypadkową wielu różnych czynników – osobowości i przedziału wiekowego uczestników, celu, dla realizacji którego grupa została powołana, jej charakteru (długoterminowa vs. krótkoterminowa; otwarta, półotwarta, zamknięta; homogeniczna vs. heterogeniczna), a także liczebności grupy, stylu prowadzenia, źródła finansowania leczenia, faz procesu psychoterapii [6]. W niniejszym artykule skupię się na omówieniu zjawisk przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych w powiązaniu z etapami leczenia.

Dynamika rozwoju grupy

Naturalnie każda grupa rozwija się na swój wyjątkowy sposób, ponieważ składa się z unikatowych ludzi o różnych osobowościach i rozmaitych stylach funkcjonowania interpersonalnego. W artykule przedstawię dynamikę grupową opisaną przez Yvonne M. Agazarian i Richarda Petersa w zestawieniu z odpowiadającymi jej stadiami formowania się grupy Irvina Yaloma.

Koncepcja Agazarian i Petersa wywodzi się z założeń *Systems-Centered Therapy* (SCT), rozwijanej od lat 80. XX wieku. Grupa w tym ujęciu to zorientowany na cel oraz zdolny do samoregulacji „żywy system”.

W SCT grupa ma wymiar trzech systemów: indywidualnego, członkowskiego oraz grupowego (grupa jako całość). Przejściowo pojawia się także czwarty podsystem, gdy w grupie wyłaniają się podgrupy. Systemy te funkcjonują w powiązaniu ze sobą, są od siebie zależne. Agazarian porównuje je z rosyjskimi matryoszkami – system „pod” wpływa na system „nad” i odwrotnie [9].

Typologia faz grupy według SCT jest jedną z wielu propozycji ujmowania rozwoju grupy, poczynając od Foulkesa [10]. Agazarian i Peters wskazują, że rozwój grupy przebiega poprzez sekwencję faz związanych z różnymi rodzajami lęku systemowego oraz wynikającymi z nich obronami. Na każdym etapie grupa stawia sobie zadania adaptacyjne: od

regulowania zależności i potrzeby ochrony (faza zależności od lidera), poprzez negocjowanie różnic i separacji (faza zależności od grupy), aż po zdolność do współpracy i mentalizacji (faza współzależności i pracy). W SCT podkreśla się, że manifestacje przeniesienia i przeciwprzeniesienia są nie tylko relacyjnym zjawiskiem po stronie jednostki, ale także sposobem, w jaki cała grupa reguluje napięcie i utrzymuje spójność. W tym podejściu presja wywierana na terapeutę oraz „zwarcie ról” (ang. *role lock*), czyli sytuacje, w których grupa narzuca terapeutce lub jednostce konkretną funkcję, rozumiane są jako sposoby utrzymywania równowagi systemu [11].

Trudno precyzyjnie określić czas trwania poszczególnych faz. Im bardziej zaburzeni są pacjenci w grupie, tym dłużej odbywa się praca na etapie wstępnym [12]. Dla przykładu w grupie składającej się głównie z osób z doświadczeniami przemocy oraz znacznej niestabilności w rodzinach pierwotnych (w szczególności z powodu nadużywania alkoholu przez rodzica/rodziców) już w pierwszym miesiącu pracy pojawił się konflikt między dwoma pacjentami. Źródłem konfliktu był sposób radzenia sobie członków w sytuacjach niepewności i lęku. Będąc w nowej sytuacji, spodziewali się niebezpieczeństwa i zagrożenia, więc sami zaczęli je wywoływać, by obniżyć napięcie związane z wyczekiwaniem na nie oraz mieć poczucie wpływu i kontroli. Ostatecznie spowodowało to drop out jednego z pacjentów uczestniczących bezpośrednio w konflikcie oraz zakłócenie na dłuższy czas budowania wzajemnego zaufania, a także podejmowanie ostrożnych, powierzchownych tematów, unikanie wzajemnych odniesień i interakcji.

Zdarza się też, że niektóre grupy ulegają rozpadowi, zanim dotrą do fazy separacji-indywiduacji. Dzieje się tak, gdy w grupie dominują pacjenci z zaburzeniami borderline oraz narcystycznymi, którym trudno mierzyć się z depresją związaną z utratą [12].

Problematyka fazy zależności od lidera dotyczy kwestii uzależnienia realizacji potrzeb od obiektu, opieki i władzy. Ujawnia się poprzez ucieczkę w zależność, przeciwzależność oraz walkę z autorytetem. Na tym etapie silne pragnienie zależności miesza się z lękiem przed nią.

Gdy pojawia się ucieczka w zależność, dominuje założenie, że ratunkiem dla całej grupy i jej poszczególnych członków jest podległość liderowi. To na nim całkowicie spoczywa odpowiedzialność za bezpieczeństwo, powodzenie i przetrwanie grupy. Jest on jej postacią centralną, a początkowo też jedynym spoiwem. Konflikt między chęcią uzyskania pomocy od terapeuty a złością spowodowaną uczestniczeniem w napawającym lękiem i niepewnością doświadczeniu grupowym rozwiązywany jest poprzez rozszczepienie i obronną idealizację terapeuty [13]. Prowadzący staje się wybawicielem, bogiem, wszechwiedzącą i wszechmocną istotą (Bionowskie *Basic Assumption: Dependency* – założenie podstawowe: zależność) [14].

Wstępny etap obejmuje także szukanie podobieństw, łączenie się w homogeniczne pary, podgrupy [15]. To również badanie, kto ze współuczestników jest przychylny, a wobec kogo lepiej być ostrożnym. Tematy wnoszone przez poszczególne osoby utrzymywane są na bezpiecznym poziomie racjonalnego podejścia do trudności [6].

W przypadku przeciwzależności grupa dzieli się na podgrupy reprezentujące pozytywne i negatywne przeniesienie, powoli pojawia się tematyka agresywności. Uwidaczniają się złość i rozczarowanie w stosunku do terapeutów, związane z załamaniem fantazji o fuzji z idealnie zaspokajającym obiektem. Elementem jednoczącym grupę staje się wspólny

wróg. Jest to moment, kiedy w grupie może zostać wyłoniiony kozioł ofiarny. Dominują pasywno-agresywne walki [13].

Przykłady kliniczne

Ucieczka w zależność (dwuletnia grupa, która w pierwszym roku miała charakter półotwarty, w drugim – zamknięty; w skład grupy wchodził pacjent z zaburzeniami nerwicowymi oraz zaburzeniami osobowości w wieku 22–49 lat, pięciu mężczyzn i sześć kobiet; grupa prowadzona była przez dwie terapeutki).

Terapeutka założyła stworzenie 7–9-osobowej grupy prowadzonej w pojedynkę. Pod koniec procesu kwalifikacji okazało się, że chętnych do skorzystania z tej formy leczenia, u których nie zauważyła istotnych przeciwwskazań, zebrało się 11 osób. Ponieważ w tamtym czasie w ośrodku nie planowano stworzenia równoległej grupy, zdecydowała o włączeniu koterapeuty.

Na początku pracy grupowej terapeutka odczuwała silne poczucie winy, sugerujące, że postąpiła nie fair w stosunku do pacjentów, ponieważ o koterapeucie poinformowała ich dopiero na spotkaniu organizacyjnym, na którym podpisywali kontrakt, a nie na etapie konsultacji kwalifikujących. Faktem jest, że pacjenci dowiedzieli się o terapii wspólnie prowadzącej późno, jednak nadal przed podpisaniem kontraktu.

Włączenie drugiego terapeuty wydawało się racjonalne z uwagi na większą liczebność grupy i leżało w interesie pacjentów, było wyrazem troski o nich, ale też mierzenia zamiarów na siły. Poczucie winy w przeciwrzuceniu można tu więc rozumieć jako reakcję na złość grupy w obliczu tego, że terapeutka nie okazała się onipotentnym liderem, który poradzi sobie sam w każdej sytuacji i nie będzie potrzebować pomocy.

Żaden z pacjentów w grupie nie wyraził wprost niezadowolenia czy złości wobec terapeutki. Było za wcześnie na to, żeby konfrontować się z potencjalnym dobroczyńcą. Początek terapii to etap, gdy pacjenci przyjmują zależne, dostosowane, bierne, uległe role. Boją się, czy zostaną włączeni do grupy.

Walka z zależnością (bezterminowa grupa półotwarta, składająca się z pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości w wieku 33–47 lat, dwóch mężczyzn i ośmiu kobiet; prowadzona jest przez dwie terapeutki).

Wywołany do mówienia zostaje pacjent, który od kilku lat uczestniczy w psychoterapii indywidualnej. Dwa lata wcześniej ukończył dwuletnią psychoterapię grupową, prowadzoną przez jedną z terapeutek grupy. Rozpoczyna się dyskusja, podczas której uczestnicy dzielą się na dwie opozycyjne podgrupy. Jedna, znacznie liczniejsza, wątpi w szanse powodzenia terapii, podkreślając nieudane – jej zdaniem – dotychczasowe wysiłki pacjenta i jego terapeutów, uwypuklając beznadzieję jego sytuacji i daremność starań. Druga docenia, że pacjent nie poddaje się i nadal szuka sposobów zdrowienia. Tematem rozmowy są też wątpliwości, czy metody leczenia były i są właściwie do niego dobrane, czy został prawidłowo zdiagnozowany. Grupa zastanawia się, czy pacjent nie jest poważnie chory psychicznie i czy nie powinien trafić do szpitala.

Sytuację tę można rozumieć jako wytypowanie kozła ofiarnego, na którego przemieszczono uczucia przeniesieniowe – złość na terapeutów i strach przed ich niekompetencją,

zbyt opieszalą reakcją, nieadekwatną oceną sytuacji, a także obawy o własne zdrowie psychiczne, powagę objawów i problemów oraz możliwość ich leczenia. Drugi aspekt przeniesienia to nadzieja, że wytrwałość w leczeniu popłaci. Pacjent nie został wyznaczony przez grupę do wypowiedzi z powodu troski czy życzliwego zainteresowania. Odbył się nad nim sąd koleżeński, ujawniający rozterki pozostałych członków.

Połączenie walki z zależnością i ucieczki w zależność (dwuletnia grupa, która w pierwszym roku miała charakter półotwarty, w drugim – zamknięty; w skład grupy wchodziła pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi oraz zaburzeniami osobowości w wieku 22–49 lat, pięciu mężczyzn i sześć kobiet; grupa prowadzona była przez dwie terapeutki).

Poszczególni pacjenci z grupy zaczęli wносить historie, w których, będąc w roli rodziców mających małe dzieci pod opieką, zażywali narkotyki i pili alkohol. W przytaczanych sytuacjach nie był obecny żaden trzeźwy opiekun. Opowiadali o tym w sposób zabawny, beztroski, frywolny. Gdy terapeuta odniósł się do klimatu emocjonalnego towarzyszącego tym historiom, pojawiła się zogniskowana wokół niego krytyka oraz zarzuty przypisujące mu sztywność, bycie służbistą, wyolbrzymianie, nieautentyczność i udawanie, że mu się to nigdy nie przydarzyło.

W przeciwprzeniesieniu dominował lęk, poczucie przytłoczenia i osamotnienia w obliczu wieloosobowej krytyki, a także przekonanie, że od reakcji terapeuty, jego siły i możliwości przeciwstawienia się zależą dalsze losy grupy.

Wydaje się, że z jednej strony jest tu obecne pragnienie silnego lidera, odpornego na grupową krytykę, złość, niezadowolone, zmasowaną napaść, a z drugiej strony strach, czy przywódca nie ulegnie, nie da się skorumpować, czy pacjenci nie staną się bezbronni jak małe dzieci pod opieką nieodpowiedzialnego, słabego, ulegającego używkom rodzica.

Odpowiednikiem etapu ucieczki w zależność oraz walki z zależnością jest według Yalom stadium orientacji. Autor określa podstawowy dylemat grupy w tym początkowym okresie jako poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: „być wewnątrz czy na zewnątrz?” [6].

Pułapką dla terapeuty w przypadku ucieczki w zależność może być podtrzymywanie wiary grupy w jego specjalne moce ze względu na płynącą z tego gratyfikację lub ze strachu przed dewaluacją w przypadku ujawnienia jakichkolwiek niedociągnięć. Zdarza się, że terapeuta wikła się pod wpływem przeciwprzeniesienia w obronę przed narzucaną mu rolą boga (np. poprzez pokazywanie pacjentom, że jest jednym z nich, zwykłym człowiekiem z wadami i zaletami, zwracanie się w komentarzach w formie „my”). Terapeuta może również, jak w tym przykładzie klinicznym, obwiniać się za brak omnipotencji i próbować rekompensować pacjentom swoją niedoskonałość na przykład przez nadmierną aktywność.

W okresie przeciwważności grupy, pod naporem przeciwprzeniesienia terapeuta może poświęcić wybranego przez członków kozła ofiarnego, żeby samemu się nim nie stać.

W założeniach SCT celem grupy walczącej z autorytetem jest inkorporacja siły lidera poprzez bunt lub uwiedzenie. W tej fazie grupa atakuje z pozycji zjednoczonej siły, a nie z pozycji bezradności i pogubienia, gdyż zostało już ustanowione podstawowe poczucie bezpieczeństwa i rozwinęły się relacje między członkami. Jednostki lub podgrupy organizują się wokół uczynienia z terapeuty kozła ofiarnego i przejęcia jego siły. Często wypowiedzi terapeuty odbierane są jako manifestacja walki o władzę i kontrolę [12].

Grupa kieruje do terapeuty liczne pytania, ale nie po to, żeby uzyskać odpowiedź, lecz żeby ją podważyć, wykazać jego niekompetencję, skontrolować go. Podobnie

mogą pojawić się żądania porad i rozwiązań, a także odmowa zaangażowania lub postawienie terapeuty przed faktem dokonanym – grupa podejmuje swoją decyzję, żeby zatriumfować nad prowadzącym. Dla tej fazy charakterystyczne jest przeniesienie negatywne, w przeciwprzeniesieniu pojawia się natomiast lęk przed unicestwieniem. Nieuleganie naciskom, by wejść w rolę sadystycznego, odwetowego obiektu, pozwala na przepracowanie agresji wobec autorytetu, a ostatecznie na identyfikację z nim i jego normami [13].

Walka z autorytetem (bezterminowa grupa półotwarta, składająca się z pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości w wieku 33–47 lat, dwóch mężczyzn i sześciu kobiet; prowadzona jest przez dwie terapeutki).

Przykładem jest sesja, na której pacjentka zaczyna atakować terapeutki, podważając zasadę dotyczącą powstrzymywania się od picia w trakcie spotkania. Żąda wyjaśnień i uzasadnień. Podkreśla bezsensowność tej zasady. Wtórują jej kolejni pacjenci, wyrażając swoje niezrozumienie i oburzenie, uznając zasadę za nieludzką. Dopiero po kilku minutach ataku wyłania się druga frakcja w grupie, chroniąca parę terapeutów. Frakcja ta podaje swoje argumenty za podtrzymaniem zasady.

Często dyskusje dotyczące autorytetu nie przybierają takiej bezpośredniej postaci. Zamiast tego w rozmowie mogą pojawić się rygorystyczni, nieempatyczni nauczyciele, niekompetentni, nieszanujący pacjentów lekarze, dbający wyłącznie o swój interes politycy, autorytarni szefowie, nieudolni czy nieprzewidujący architekci.

Walkę z autorytetem Yalom nazywa stadium konfliktu, dominacji, buntu. Dylemat grupy określa jako „na gorze czy na dole”. Według autora konflikt może pojawić się zarówno między grupą a prowadzącym, jak i między członkami. Wyłania się tu bowiem hierarchia oraz „społeczny porządek dziobania”. Yalom zaznacza, że walka o kontrolę często ujawnia się także w sytuacji dołączania nowego uczestnika, który zamiast uznać swoje miejsce w hierarchii i okazać szacunek członkom o dłuższym stażu, czuje się swobodnie, na równych prawach bądź próbuje dominować [6].

Zdarza się, że walka z autorytetem wywołuje przeciwprzeniesienie, pod naciskiem którego terapeuta może chcieć pokazać, „kto tu rządzi”. Dla przykładu prowadzący może komentować psychopatologię pacjentów bez wyczucia odpowiedniego momentu, nie z chęci pomocy im w zrozumieniu źródła trudności, ale by pokazać, że ma nad nimi przewagę.

U Agazarian i Petersa początkiem kolejnej fazy – zależności od grupy – jest subfaza oczarowania grupą. Wtedy następuje przekierowanie energii z lidera na członków. Grupa czuje się wspaniała, silna, niezależna, nie potrzebuje terapeuty. Staje się wyidealizowaną rodziną, w której pokładane są nadzieje na zaspokojenie pragnienia bliskości. Mogą zdarzać się niedozwolone spotkania poza grupą. Ostatecznie bliskość aktywizuje dynamikę „za blisko, za daleko”, co kończy się przejściem do rozczarowania. Jest to faza pseudoniezależności, w której członkowie mogą dokonywać zaprzeczenia ambiwalencji oraz uruchamiać maniakkalne obrony przeciw depresji i lękowi [11].

Oczarowanie grupą (dwuletnia grupa, która w pierwszym roku miała charakter półotwarty, w drugim – zamknięty; grupa składała się z pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi oraz zaburzeniami osobowości w wieku 29–46 lat, trzech mężczyzn i czterech kobiet; prowadzona była przez jedną terapeutkę).

Przykładem jest grupa mocno integrująca się w czasie przerw, kiedy to trwają żywe, przeciągające się, emocjonujące dyskusje, podczas gdy w obecności terapeuty pacjenci są raczej wycofani i powściągliwi.

W przeciwprzeniesieniu pojawia się poczucie wykluczenia, bycia nieważnym, niepotrzebnym, nieciekawym, czasem też zazdrość o relacje wewnątrzgrupowe.

Podobne zjawisko zachodzi w grupie superwizyjnej, której członkowie planują superwizję bez superwizora w gabinecie udostępnionym przez jednego z superwizantów.

Gdy członkowie grupy tracą nadzieję na symbiozę oraz kiedy załamuje się fantazja o grupowej wszechmocy, skutkuje to rozczarowaniem grupą (kolejna subfaza etapu zależności od grupy), poczuciem beznadziei, osamotnienia, rozpaczą. Następuje fragmentacja grupy na jednostki. Pacjenci przybierają alienujące, podejrzliwe postawy. Przeżywają kryzysy tożsamości, narcystyczne zranienia.

Etap ten charakteryzuje się licznymi spóźnieniami i nieobecnościami pacjentów, wycofaniem lub zmniejszeniem aktywności werbalnej (zarówno jeśli chodzi o wnoszone przez poszczególnych pacjentów treści, jak i udzielanie informacji zwrotnych), skargami na grupę, sarkazmem w wypowiedziach. Mogą pojawiać się zarzuty typu: „mówilem to już” oraz narzekanie na powrót objawów. W przeciwprzeniesieniu terapeuta odczuwa lęk przed rozpadem grupy [13].

Niebezpieczeństwo związane z odreagowaniem przeciwprzeniesienia w przypadku oczarowania i rozczarowania grupą może polegać na podejmowaniu prób uzyskania ponownej akceptacji jej członków poprzez zachowania ulegające, chęci pokazania walorów posiadania terapeuty albo w ogóle bycia w terapii grupowej, rezygnacji z analizowania wątków związanych z niechęcią, złością, czasem pokazywaniu pacjentom, że to oni robią coś nie tak, i dlatego są zawiedzeni i źli, a także na próbie zrównania swojej pozycji z ich pozycją, by nie czuć się wykluczonym.

W koncepcji SCT, w fazie współzależności i pracy grupa potrafi już efektywnie pracować nad indywidualnymi problemami poszczególnych członków. Wnoszone tematy nie ulegają zmianie, zmienia się natomiast poziom refleksyjności, symbolicznego myślenia, zdolność do kontenerowania napięć i frustracji, znacząco wzrasta tolerowanie ambiwalencji, powstaje możliwość łączenia tego, co „tu i teraz” z tym, co „tam i wtedy”. Motywem grupy jest indywidualna i wspólna odpowiedzialność za postęp i rozwój. Terapeuta staje się bardziej równorzędnym partnerem. Grupowe przeciwprzeniesienia wobec poszczególnych uczestników są bardzo cennym źródłem informacji [11].

Yalom zawiera fazy oczarowania i rozczarowania grupą oraz wzajemnej zależności i pracy w stadium spójności, w którym przeżycia i działania członków koncentrują się wokół zażyłości i bliskości, dylematu „zbyt daleko lub zbyt blisko” [6].

W przypadku psychoterapii długoterminowej fazy te mogą się wielokrotnie powtarzać. Regres może nastąpić w związku z zachodzącymi zmianami czy sytuacjami kryzysowymi. Regres nie oznacza w tym kontekście koniecznie zjawiska negatywnego, ale raczej naturalną reakcją na zagrożenie i niepewność, polegającą na zwróceniu się z powrotem do autorytetu jako osoby, w której lokowane są nadzieje i oczekiwania na rozwiązanie trudności.

Reakcja grupy na zmiany – przykład pierwszy (dwuletnia grupa, która w pierwszym roku miała charakter półotwartej, w drugim – zamkniętej; w skład grupy wchodzili pacjenci

z zaburzeniami nerwicowymi oraz zaburzeniami osobowości w wieku 32–56 lat, dwóch mężczyzn i pięć kobiet; grupa prowadzona była przez dwie terapeutki).

Przykładem sytuacji ilustrującej cofnięcie się do wcześniejszej fazy rozwojowej grupy jest ta, w której w grupie pracującej półtora roku, po utracie dwóch członków w wyniku drop outów i w obliczu wątpliwości co do pozostania w niej zgłaszanych przez kolejnych uczestników, jedna z pacjentek zaczęła nawiązywać z podziwem do nieudanego zamachu na prezydenta Stanów Zjednoczonych Donalda Trumpa. Trump nie tylko przeżył zamach, ale ranny, z krwią na twarzy wstał i zaczął wymachiwać pięścią w kierunku tłumu w triumfalnym geście. Można odczytać w tym pragnienie, aby mieć niezniszczalnego, silnego przywódcę w obliczu strachu przed rozpadem grupy, ale i złość na terapeutę, wyrażaną przez postać strzelającego zamachowca, za dopuszczenie do sytuacji zagrożenia i „śmierć” kilku uczestników. Żeby „strzały i obrażenia” nie zabiły grupy, zwycięsko powstać z upadku najpierw musi lider.

W przypadku zagrożenia, niepewności czy zmian terapeuty nabiera szczególnego znaczenia i przeniesienia mogą w dużej mierze koncentrować się wokół niego, tak jak w początkach terapii.

Powyższy przykład dotyczy poważnego zagrożenia dla istnienia grupy. Bywają jednak sytuacje, w których zagrożenie nie jest tak wyraźne, takie jak wprowadzanie do grupy nowego uczestnika.

Reakcja grupy na zmiany – przykład drugi (bezterminowa grupa półotwarta, składająca się z pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości w wieku 33–47 lat, dwóch mężczyzn i sześciu kobiet; prowadzona jest przez dwie terapeutki).

Przykład dotyczy grupy bardziej zaawansowanej w rozwoju, pracującej rok. Jej członkowie zastanawiali się, gdzie usiądzie nowy uczestnik i jak reagować, jeśli zajmie ich miejsce. Czy poprosić, żeby się przesiadł, czy pozwolić mu zostać, a może dostawić wtedy obok krzesło dla siebie? Następnie dyskusja przeniosła się na terapeutę, pojawiły się wątpliwości, jak on zachowa się w razie zajęcia jego krzesła. Grupa wyraziła także chęć podpuszczenia nowej osoby i zaproponowania jej krzesła terapeuty, tak by postawić go w trudnej sytuacji i sprawdzić jego reakcję.

Odczytać tu można złość na dołączanie kolejnego uczestnika, narażanie grupy na związany z tym stres i utratę części przestrzeni. Jednak w tym przypadku członkowie grupy wyrazili także uznanie wobec terapeuty, którego odbierali jako asertywnego. Złość dotyczyła więc również faktu, że przez asertywność terapeuty nie zaspokajał różnych pragnień i oczekiwań grupy, choć z drugiej strony imponowało to jej i służyło jej rozwojowi. Uczestnicy ciekawili się, jak prowadzący zareaguje na nową sytuację, jaki da przykład postępowania. Grupa skonsolidowała się, zbiła w całość w opozycji do nowego członka, ale też do prowadzącego, który pozostał najważniejszym punktem odniesienia.

Zakończenie terapii

Ostatnia faza to kończenie leczenia i praca z lękami separacyjnymi. Kończenie stanowi jedną z trudniejszych sytuacji o charakterze egzystencjalnym.

Z jednej strony finalny etap terapii konfrontuje uczestników z nieuchronnością przemijania, a tym samym wpisanych w nie końców, strat i rozstań, co jak zauważył

Roger Money-Kyrle jest jednym z trzech (obok zależności od piersi i kreatywności pary) szczególnie trudnych do znoszenia aspektów rzeczywistości [za: 16]. Z drugiej strony następuje wówczas aktywizacja opisywanych przez Margaret Mahler (wczesne dzieciństwo) oraz Petera Blosa (adolescencja), będących częścią procesu separacji-indywiduacji lęków separacyjnych, związanych z perspektywą utraty opiekuńczego obiektu (grupa, terapeuta) oraz konieczności podjęcia samodzielnego wysiłku przyglądania się sobie i korygowania zachowań [17, 18]. Niektórzy pacjenci mogą mieć poczucie, że – podobnie jak wcześniej od rodziców – niewystarczająco dużo dostali tak od terapeuty, jak i od grupy. Inni z kolei mogą siebie obwiniać za niezadowolające, w swoim przeświadczeniu, efekty pracy. Uczestnicy mierzą się także ze wspomnieniami wcześniejszych utrat w życiu [2, 12, 15].

Kończenie terapii wzbudza żal, złość, smutek, lęk, zawód, wzruszenie, wdzięczność, ulgę. Gdy pacjenci mają problem ze znoszeniem niektórych z wymienionych uczuć, sięgają po takie mechanizmy obronne, jak:

- zaprzeczanie (wówczas pacjenci wnoszą nowe tematy, unikają świadomości zbliżającego się terminu rozstania, podejmują próby nadrobienia straconego czasu);
- regresja (pacjenci zgłaszają pogorszenie objawowe, następuje powrót postaw zależnościowych);
- obrony maniakalne (uczestnicy mogą dokonać dewaluacji grupy połączonej z idealizacją samotności bądź innych relacji spoza grupy);
- acting out (pod postacią drop outu – „opuszczę, zanim zostanę opuszczony” – oraz działań na rzecz drugiego życia, czyli próby tworzenia grupy zastępczej, szukanie nowej terapii, negocjacje dotyczące wydłużenia czasu trwania grupy) [2, 6].

W grupach terminowych, w których wszyscy pacjenci kończą leczenie jednocześnie, to szczególnie trudny moment, ponieważ konfrontuje wszystkich uczestników w tym samym czasie z perspektywą zakończenia. W przypadku grup długoterminowych poszczególni pacjenci kończą terapię w innym momencie, przez co poruszone powyżej problemy występują z mniejszą intensywnością.

Warto pamiętać, że nad problematyką końca powinniśmy pracować podczas całej terapii – na przykład przy okazji przerw świątecznych czy urlopowych. Nie powinno się zostawiać tego tematu na sam koniec.

Z obserwacji autorki wynika, że kończenie to czas, w którym przeciwprzeniesieniowy nacisk może skłaniać do odstępstw od settingu (np. chęci wydłużenia czasu trwania zarówno całej grupy, jak i pojedynczych sesji) lub „dania z siebie więcej” i wzmożonej aktywności (terapeuta pogłębiający oporowo wnoszone nowe treści, przejmujący na siebie ciężar pracy grupy). Na tym etapie terapeuci często mogą kierować się poczuciem winy i lękiem, że pacjenci jeszcze nie są gotowi do opuszczenia grupy, że za mało dostali. W innych przypadkach presja przeciwprzeniesienia popycha ich do unikania razem z pacjentami tematyki separacji, zwłaszcza że podejmowanie tematu kończenia budzi opór i wrogość. Może też skłaniać do natarczywego przypominania o kończeniu, przyspieszania, bez uwzględnienia tempa adaptacji pacjentów.

Ważne, by prowadzący uwzględnił, że faza kończenia też składa się z etapów. Są to:

- zaprzeczanie (w grupie pojawiają się sygnały zwiększonego napięcia, „przypadkowe” wypowiedzi odnoszące się do rozstań i strat; grupa słabo toleruje klaryfikacje i interpretacje);
- zależność i złość (pojawiają się wątki śmierci, pogrzebów, treści dotyczące zagrożenia, apokalipsy, poszukiwania ratunku, rozmowy toczą się wokół złych, opuszczających matek i tęsknoty za lepszymi matkami, wina przypisywana jest opiekunom; w klimacie emocjonalnym czuć rozpacz, przerażenie, wrogość, wściekłość);
- konfrontacja (uczucia mogą być nazywane w bardziej bezpośredni sposób, odnoszone do aktualnej sytuacji grupy; grupa dzieli się na osoby wyrażające lęk separacyjny i pragnienie zależności oraz tych, którzy dążą do separacji i samodzielności);
- akceptacja (pacjenci poruszają kwestie zmian, nowych relacji, rozwiązań, dokonują bilansu pracy, odnoszą się do osi czasu przeszłość – teraźniejszość – przyszłość) [19].

Zakończenie

Choć nie da się przewidzieć precyzyjnie wszelkich możliwych sposobów manifestowania się przeniesienia – przeciwprzeniesienia w psychoterapii grupowej, znajomość specyfiki poszczególnych faz rozwoju grupy jest bardzo pomocna w diagnozowaniu aktualnej sytuacji i doborze metod pracy oraz rodzaju zaangażowania terapeuty, dostosowanych do bieżących potrzeb i trudności członków.

Piśmiennictwo

1. Laplanche J, Pontalis JB. Słownik Psychoanalizy. Warszawa: Wydawnictwo Aletheia; 2023.
2. Garland C. O grupach. Tom 2. Przewodnik po grupach. Podręcznik psychoanalitycznej terapii grupowej z ilustracjami klinicznymi. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2023.
3. Kernberg O. Notes on Countertransferences. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1965; 13(1): 38–56.
4. Porter K. Rozdział 4. Opór, Przeniesienie, Dynamika prymitywnych zachowań grupy, Przeciwp przeniesienie. W: Bernard HS., Mackenzie KR, red. Podstawy terapii grupowej. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004, 110–121.
5. Agazarian YM, Gantt SP. *Systems-Centered Therapy for Groups*. New York: Guilford Press; 2003.
6. Yalom I, Leszcz M. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
7. Greenson RR. *The technique nad practice of psychoanalysis. Volume 1*. New York: Routledge; 2016.

8. Jabłońska-Dzierżawa J, Łodej-Sobańska W, Marczewska J, Pawlik J. Podstawowe procesy i zjawiska w terapeutycznej grupie analitycznej. W: Pawlik J, red. *Psychotherapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe*. Warszawa: Eneteia; 2008, 57–105.
9. Agazarian YM. Systems-Centered Group Psychotherapy: Putting Theory into Practice. *International Journal of Group Psychotherapy*, 2012; 62(2): 171–195.
10. Foulkes SH. Wprowadzenie do psychoterapii grupowo-analitycznej. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2015.
11. Agazarian YM, Peters R. *The Visible and Invisible Group*. London: Routledge & Kegan; 1981.
12. Łodej-Sobańska W. Proces terapeutycznego rozwoju grupy. W: Pawlik J., red. *Psychotherapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe*. Warszawa: Eneteia; 2008, 173–196.
13. Agazarian YM. Phases of Development in the Systems-Centered Psychotherapy Group. *Small Group Research*. 1999; 30(1): 82–107.
14. Bion W. R. Doświadczenia w grupach i inne prace. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2015.
15. Lorentzen S. Psychotherapia grupowo-analityczna. Leczenie zaburzeń: afektywnych, lękowych i osobowości. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2016.
16. Weiss H. Błędne mniemania, odegranie i interpretacja. W: Oelsner R., red. *Przeniesienie i przeciwprzeniesienie dzisiaj*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2024, 121–140.
17. Edward J, Ruskin N, Turrini P. *Separation/Individuation: Theory and Application*. New York: Gardener Press; 1992.
18. Blos P. The Second Individuation Process of Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 1967; 22: 162–186.
19. Łodej-Sobańska W. Problemy związane z kończeniem psychoterapii. W: Pawlik J, red. *Psychotherapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe*. Warszawa: Eneteia; 2008, 197–221.

Adres: sabinaprzybys@o2.pl

W dniach **9–10 maja 2026 roku**
w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym w Krakowie
odbędzie się konferencja naukowa:

Osoba terapeuty. Relacja terapeutyczna

organizowana przez

**Krakowską Fundację Rozwoju Psychoterapii
im. Profesor Marii Orwid
w 35. rocznicę jej założenia**

Do czynnego udziału w konferencji zaproszono psychoterapeutów reprezentujących różne szkoły i podejścia psychoterapeutyczne, aby z wielu perspektyw przyjrzeć się roli terapeuty oraz cechom relacji terapeutycznej i temu, jak sprzyjają one bądź utrudniają budowanie przymierza terapeutycznego oraz jak wpływają na rozwój procesu terapeutycznego.

Wykłady wygłoszą: Anna Dziubińska-Starska, Mariusz Furgał, Rafał Pniewski, Małgorzata Wolska.

Warsztaty poprowadzą: Maria Augustyn; Katarzyna Furgał, Piotr Marcinkowski i Dorota Solecka; Paula Hanuszkiewicz; Alina Jasiak; Milena Kansy i Konrad Markiewicz; Beata Kicińska i Barbara Żurek; Artur Krupa; Katarzyna Rudnicka i Dominika Sznajder; Katarzyna Ślęzak.

Krótkie wykłady dotyczące specyfiki relacji terapeutycznej i roli terapeuty w zależności od podejścia terapeutycznego wygłoszą: Anna Bielańska, Tomasz Ptak, Wanda Szaszkiewicz, Kaja Wieczorek-Socha, Agnieszka Wojtaszek.

Analizy przedstawionego przypadku dokonają: Grzegorz Baster, Ewa Nikiel, Krzysztof Szwajca.

Patronat medialny konferencji: Kwartalnik „Psychoterapia”.

Więcej informacji i zapisy na stronie internetowej:
<https://kfrp.pl/konferencja/konferencja-naukowa-osoba-terapeuty-relacja-terapeutyczna>