

Lukasz Majchrzak

## PSYCHOTERAPIA GRUPOWA NA STACJONARNYM ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM. WYZWANIA, MOŻLIWOŚCI, NADZIEJE\*

### GROUP THERAPY IN MENTAL HOSPITAL DEPARTMENT. CHALLENGES, CAPABILITIES, HOPES

SP ZOZ Szpital Psychiatryczny w Toszku

Dyrektor: dr n.med. Anna Rusek

#### group therapy mental hospital psychiatric care

*W artykule prezentowana jest charakterystyka grupy terapeutycznej prowadzonej w warunkach ostrego oddziału psychiatrycznego. Przedstawiona została historia utworzenia grupy, zarys teoretyczny programu psychoterapii oraz cele terapeutyczne. Przeprowadzono także analizę statystyczną danych zebranych od 53 osób, które ukończyły psychoterapię w tej grupie. We wnioskach ujęto kwestie dotyczące możliwości, jakie daje prowadzenie psychoterapii grupowej na ostrym oddziale psychiatrycznym oraz wyzwań stojących zarówno przed pacjentami, jak i przed terapeutami i całym personelem szpitalnym.*

**Summary:** This article presents the characteristic of group psychotherapy in a mental hospital department. The history of creating, the theoretic aspects and therapeutic goals are presented. Statistic analysis of 53 patients with different diagnoses who participated in this group are presented. The conclusion contains question about the possibilities of using group therapy in a mental hospital department, the challenges for patients and whole therapeutic team.

#### Historia utworzenia

Pierwsze spotkanie grupy terapeutycznej, która działała na stacjonarnym, męskim oddziale psychiatrycznym — ogólnym szpitala w Toszku, odbyło się we wrześniu 2012 roku. Proces zawiązywania się tej grupy można podzielić na dwa etapy: fazę treningu umiejętności społecznych oraz fazę psychoterapii grupowej. Zespół osób zaangażowanych w tworzenie programu terapeutycznego składał się z lekarzy psychiatrów, psychologów psychoterapeutów, pielęgniarek oraz terapeuty zajęciowego. Oddział, w którym prowadzona była terapia, liczy czterdzieści pięć miejsc męskich. Powody i kontekst hospitalizacji pacjentów na takim oddziale są bardzo zróżnicowane. Leczone są tam osoby, które do izby przyjęć często dowożone są przez zespół pogotowia ratunkowego, nierzadko w asyście policji, przez rodzinę, bądź same zgłaszają się do szpitala. Pacjenci przyjmowani są

---

\*Z uwagi na udział całego zespołu terapeutycznego w przygotowaniu oraz prowadzeniu psychoterapii na Stacjonarnym Oddziale Psychiatrycznym II Szpitala w Toszku pragnę podziękować za wsparcie merytoryczne: Ryszardowi Chłopkowi, Beacie Pająk oraz Tomaszowi Karoniowi, którzy przyczynili się do rozwoju i wprowadzania psychoterapii na oddziale.

zgodnie z Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, tj. za swoją zgodą, wbrew własnej woli, a także wobec których sąd zastosował środek zabezpieczający w postaci internacji sądowo-psychiatrycznej.

Dla większości pacjentów leczonych na oddziale formuła psychoterapii grupowej, rozumianej jako praca nad własnymi wątkami psychologicznymi, była nowym, często pierwszym doświadczeniem. W związku z tym pogłębiona praca terapeutyczna wprowadzana była stopniowo, początkowo przybierając formę treningu umiejętności społecznych. Struktura sesji zakładała jednogodzinne spotkania odbywające się raz w tygodniu, na których pacjenci zgłaszali swoje potrzeby związane z radzeniem sobie w różnych sytuacjach życia codziennego, wymagających interakcji z innymi ludźmi. Podłożem teoretycznym prowadzonych ćwiczeń była społeczno-poznawcza teoria A. Bandury i W. Mischela, zgodnie z założeniami której ważnymi elementami kształtującymi osobowość człowieka są przekonania na temat własnej skuteczności, kompetencje poznawcze i behawioralne oraz cele i motywacja [1]. Praca terapeutyczna skoncentrowana była na uczeniu się przez obserwację (observational learning) i nabywaniu nowych umiejętności (acquisition) [1].

Kilka tygodni po rozpoczęciu spotkań pacjenci zaczęli wyrażać potrzebę zwiększenia ilości sesji, a także chęć podjęcia rozmowy na tematy osobiste. Dało to początek płynnego, stopniowego przejścia do psychoterapii grupowej par excellence. Nowy program terapeutyczny zakładał codzienne spotkania grupy — od poniedziałku do piątku, o charakterze jednogodzinnej sesji. Kwalifikacja nowych uczestników przewidywała dwa indywidualne spotkania z jednym z terapeutów prowadzących. Korzystając z doświadczeń klinicznych, terapeuci kładli nacisk na przekazywanie znaczącej części odpowiedzialności za podjęcie psychoterapii pacjentom, wzmacniając tym samym ich własną inicjatywę i motywację, a także zwiększając szansę na skuteczniejszą terapię [2]. Oznaczało to, że osoby chcące wziąć udział w terapii, same zgłaszały swój akces, a zespół terapeutyczny unikał nadmiernego zachęcania czy nagabywania do podjęcia decyzji.

Zaplanowano dwie obligatoryjne sesje tematyczne dla każdego uczestnika terapii: „Jak się tu znalazłem?” — obejmującą kontekst hospitalizacji, oraz „Wypis i co dalej?” — dotyczącą planów po opuszczeniu szpitala. Do każdej sesji pacjenci mogli przygotować się, wykorzystując specjalne broszury pomocnicze. Tryb pracy grupy, w tym powitania i pożegnania pacjentów, określały sformułowane wspólnie z uczestnikami terapii zasady obowiązujące w grupie terapeutycznej. Raz w tygodniu, w piątki, przewidziana była sesja zorientowana na terapeutyczną pracę z ciałem w myśl teorii analizy bioenergetycznej Alexandra Lowena [3].

Swoją historię mają także tematy podejmowane przez pacjentów na sesjach. W początkowej fazie zawiązywania się grupy terapeutycznej dominowały problemy skoncentrowane na konkretnych zadaniach czy działaniach. Były to głównie sprawy dotyczące pobytu na oddziale, a szczególnie tego, w jaki sposób można skutecznie komunikować się z lekarzem oraz co można zrobić, aby jak najszybciej wypisać się ze szpitala. Chociaż taki klimat nie sprzyjał zbyt dużej motywacji do pracy, również wśród terapeutów, to warto zwrócić uwagę na ważne zjawisko, jakie zachodziło w tej fazie formowania się grupy. Otóż tematy związane z opuszczeniem szpitala były czymś, co było wspólne dla członków grupy. W związku z tym wpływało to na poziom bezpieczeństwa i zaufania. Bardzo ważnym czynnikiem okazała się gotowość terapeutów do pracy nad tymi tematami, ale również cierpliwość w znoszeniu frustracji, jaką z pewnością jest praca nad jak najszyb-

szym opuszczeniem szpitala i grupy. Można w pewnym sensie powiedzieć, że pacjenci testowali w ten sposób terapeutów, badając, czy grupa rzeczywiście jest takim miejscem, gdzie można porozmawiać o trudniejszych sprawach.

W miarę wzrostu poziomu spójności grupy i wzrostu poziomu zaufania kolejno zaczęły pojawiać się głębsze tematy. Wyłaniały się one stopniowo, tj. grupa niejako dawała przyzwolenie na większą eksplorację poruszanych problemów. Dość często pod powierzchnią kwestii związanych z wypisem z oddziału leżały wątki związane z przeżyciem silnej traumy. Głównymi tematami sesji terapeutycznych były bolesne wspomnienia dotyczące okoliczności przyjęcia do szpitala (często spowodowane próbą suicydalną bądź zaburzeniem psychotycznym). Nierzadko pojawiały się także wątki dotyczące relacji z rodziną. Podczas omawiania tych kwestii łatwiej było grupie zogniskować uwagę na postaci ojca. Jedynie kilka razy udało się poruszyć temat matki. Warto też zaznaczyć, że chętnie podejmowane były tematy dotyczące dalszego leczenia za pomocą psychoterapii i farmakoterapii po wyjściu ze szpitala.

Po niespełna ośmiu tygodniach od momentu zawiązania się grupy terapeutycznej rozpoczęto superwizję procesu psychoterapii, ze stałą częstotliwością, u superwizora Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Warto w tym miejscu dodać, że uczestniczyli w niej wyłącznie psychoterapeuci prowadzący tę grupę, a więc tylko część zespołu terapeutycznego. W związku z tym wprowadzanie nowych rozwiązań merytorycznych czy korekt do programu terapii było mniej efektywne. Ważną obserwacją płynącą z tych doświadczeń jest również fakt, że negatywny wpływ wątków interpersonalnych w zespole terapeutycznym, niejednokrotnie utrudniający prowadzenie grupy, nie mógł zostać, przynajmniej w części, zneutralizowany w procesie superwizji, ponieważ nie wszyscy członkowie zespołu brali w niej udział.

### **Charakterystyka programu terapeutycznego**

Pacjenci hospitalizowani na oddziale, którzy byli kwalifikowani do grupy terapeutycznej, prezentowali bardzo zróżnicowany obraz psychopatologii. Pociągało to za sobą wiele założeń i celów terapeutycznych ujętych w programie psychoterapii. Prowadzone przez terapeutów, a opisane w dalszej części artykułu statystyki wskazują, że konstelacja osobowości większości pacjentów uczestniczących w tej grupie terapeutycznej ukonstytuowana była na dość niskim poziomie organizacji, a ściślej rzecz biorąc w obszarze preedypalnym. Ponadto znaczącą składową dynamiki grupowej, a także ważnym parametrem technicznym była wzmocniona rotacja i zmieniająca się liczba uczestników terapii.

Koncepcja teoretyczna omawianej psychoterapii grupowej w głównej mierze oparta była na myśli psychoanalitycznej. Autorzy programu terapeutycznego bazowali na teorii psychologii self rozwijanej przez H. Kohuta oraz na teorii przywiązania J. Bowlby'ego [4]. Użyteczna była również teoria rozwojowa M. Mahler [5].

Posługując się terminologią wspomnianej teorii psychologii self i teorii przywiązania, można powiedzieć, że osoby hospitalizowane psychiatrycznie, zwłaszcza te o głębszym poziomie psychopatologii, prezentują znaczne deficyty rozwojowe koncentrujące się wokół zaburzeń więzi [6]. Wynikająca z tego implikacja znajduje swoje odzwierciedlenie w specyficznej strukturze osobowości tych pacjentów, która jest nacechowana patologicznymi relacjami self-obiekt [6]. W związku z tym, rozpatrując kontekst hospitalizacji psychiatrycz-

nej oraz biorąc pod uwagę występującą wówczas dekompensację struktur psychicznych i mechanizmów obronnych, często można zauważyć u tych pacjentów aktywację pierwotnej i agresywnej relacji z wrogimi self-objektami [7]. Podłożem takich relacji zazwyczaj jest inkorporacyjna introjeksja charakterystyczna dla bardzo niskiego stopnia rozwoju self [7]. Oczywiście do szpitala trafiają nie tylko tak głęboko zaburzeni pacjenci, chociaż obserwacje wskazują, że tego typu struktura osobowości wyraża się u coraz większej ilości hospitalizowanych osób. Ujmując ten problem w świetle teorii rozwojowej, warto zwrócić uwagę na dynamikę relacji interpersonalnych u tych osób, zwłaszcza że znajduje ona swoje odzwierciedlenie bezpośrednio na sesjach terapeutycznych. Chodzi o bardzo szybkie naprzemienne przechodzenie z pozycji depresyjnej do pozycji schizoparanoidalnej oraz, co za tym idzie, stosowanie bardzo szerokiego spektrum mechanizmów obronnych w krótkim czasie [8]. Często dzieje się tak podczas pojedynczego spotkania grupy i ma tendencje do rozprzestrzeniania się na innych jej członków.

Opisywana grupa była homogeniczna pod względem płci. Czynniki ten wpływał nie tylko na pojawiające się tematy na sesjach, ale także na cały kontekst jej funkcjonowania. Z uwagi na przeważającą liczbę kobiet w strukturze zatrudnienia personelu szpitalnego, pacjenci w naturalny, choć nie zawsze świadomy, sposób obsadzali szpital w roli obiektu macierzyńskiego. Być może aktualnie obecny, widoczny również w grupie, problem tzw. drzwi obrotowych w kontekście wielokrotnych psychiatrycznych hospitalizacji pacjentów związany jest z nieświadomym, wciąż na nowo powtarzanym przymusem poszukiwania utraconej więzi z matką [9]. Taki matriarchalny kształt struktury personelu szpitalnego znacząco wpływał na relacje, a szczególnie te o charakterze rywalizacji, pomiędzy członkami grupy a personelem. Problematyka ta ujawniała się również w zespole terapeutycznym, przybierając formę nie do końca uświadomionego pytania: kto lepiej leczy: lekarz czy psychoterapeuta? Co bardziej pomaga: farmakoterapia czy psychoterapia? Kto jest bardziej pomocny: pielęgniarka czy psycholog? Uwagę zwraca, jak duże skrajności zawarte są w powyższych pytaniach i jak bardzo korespondują one ze skrajnościami w postrzeganiu, myśleniu i przeżywaniu widocznymi u wielu pacjentów leczonych w oddziałach psychiatrycznych.

Z powyższych rozważań teoretycznych w sposób naturalny wyłania się pytanie o cele terapeutyczne, które byłyby nie tylko pomocne, ale także realistyczne w tak szybko zmieniającym się środowisku, w którym prowadzona jest psychoterapia grupowa, jakim jest ostry oddział psychiatryczny.

### **Cele terapeutyczne**

Punktem wyjściowym, na którym oparty był program terapeutyczny, było założenie, że prowadzenie grupy na takim oddziale traktowane było jako możliwość zapoczątkowania procesu psychoterapii, który pacjent mógł kontynuować poza szpitalem [10]. Krótkoterminowy charakter grupy siłą rzeczy determinował i ograniczał cele terapeutyczne. Pierwszym z nich było stworzenie pacjentom bezpiecznego, spójnego i godnego zaufania środowiska terapeutycznego w ramach oddziału. Zapotrzebowanie na takie właśnie środowisko jest szczególnie wysokie u głębiej zaburzonych pacjentów [11]. Należy tutaj zaznaczyć, że specyfika ogólnego stacjonarnego oddziału psychiatrycznego obejmująca wzmocniony dozór

na sali obserwacyjnej nowo przyjętych pacjentów, częste stosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia pasami, bardzo dużą rotację pacjentów, a także swoisty styl komunikacji personelu z pacjentem sprawiają, że frustracja potrzeby bezpieczeństwa staje się jeszcze bardziej dotkliwa.

Jednym z podstawowych żądań w leczeniu psychoterapią jest zintegrowanie różnych zachowań, przeżyć i emocji, a także procesów poznawczych w spójny system o przystosowawczym charakterze [12]. W przypadku osób będących członkami tej grupy punktem wyjścia do zapoczątkowania takiego procesu leczenia było zastosowanie technik terapeutycznych ogniskujących uwagę na aspektach związanych ze świadomością własnego ciała. Ułatwiło to znacznej części pacjentów ekspresję własnych emocji w bezpieczny i akceptowalny przez środowisko sposób. Poszerzała się również tolerancja na wzajemnie przeżywane wobec siebie uczucia. Szczególnie pomocne i skuteczne w tym obszarze pracy okazały się techniki cząstkowe analizy bioenergetycznej A. Lowena [3]. Obserwowano również, że koncentrowanie uwagi na odczuciach i bodźcach płynących z ciała bardziej osadza pacjentów w rzeczywistości świata fizycznego, co jest szczególnie istotne w pracy z osobami w kryzysie psychotycznym.

Kolejnym celem, do osiągnięcia którego dążył zespół terapeutyczny wraz z pacjentami, było zaangażowanie członków grupy terapeutycznej we wzajemne relacje interpersonalne oparte na budowaniu więzi. Ten behawioralno-społeczny obszar pracy terapeutycznej realizowany był przez zachęcanie do aktywności na własnych sesjach tematycznych, w których brała udział cała grupa. Pacjenci poprzez opisywanie okoliczności przyjęcia do szpitala, czasem poszerzonych o fragment historii biograficznej, aktywnie kształtowali postawy opierające się na wzajemnej wrażliwości i zaufaniu. Dzięki uzyskaniu feedbacku od innych osób z grupy możliwa stawała się praca wglądowa nad mechanizmami obronnymi i wewnętrznymi przekonaniem poznawczymi [13].

Warto w tym miejscu zauważyć, że badania prowadzone nad psychoterapią wykazują, że nasilenie objawów psychopatologicznych w czasie trwania terapii jest naturalnym zjawiskiem [14] i w związku z tym wymaga uelastycznienia celów terapeutycznych, które powinny być optymalnie dostosowane do konkretnego składu osób w grupie oraz do ich stanu psychicznego.

### **Statystyka opisowa**

Podczas dwóch lat trwania psychoterapii grupowej na ostrym oddziale psychiatrycznym szpitala w Toszku badaniu zostało poddanych 53 pacjentów. Każda osoba badana wyraziła pisemną zgodę na przeprowadzenie analizy statystycznej danych zebranych z indywidualnej dokumentacji medycznej.

Analiza statystyczna została przeprowadzona w celu zobrazowania rozkładu zmiennych istotnych dla procesu terapeutycznego, takich jak: wiek, rozpoznanie, sytuacja rodzinna, sposób zakończenia terapii, ilość sesji własnych, długość pobytu na oddziale, a także ilości powtórných hospitalizacji w badanej próbie. Implikacje praktyczne płynące z przedstawionych wyników mogą być użyteczne w zakresie planowania, wdrażania i świadczenia psychoterapii w warunkach szpitalnych.

Przedział wiekowy osób biorących udział w psychoterapii grupowej mieścił się pomiędzy 21. a 71. rokiem życia (wartości zostały przedstawione w tabeli 1). Najliczniejszą grupę pacjentów korzystających z terapii stanowiły osoby pomiędzy 25. a 65. rokiem życia, co stanowiło aż 84,9% próby. Bardzo duży rozstęp, w którym rozproszone są wartości zmiennej WIEK, wyrażał się tym, że na jednej sesji psychoterapii w grupie były osoby o różnicy wieku oscylującym w granicach dwóch, czasem trzech pokoleń. Średnia wieku w badanej próbie wyniosła  $M = 40$  lat, odchylenie standardowe  $SD = 13,37$ ; mediana  $Me = 38$ ; a rozstęp równy 50.

W tabeli 2 — *na następnej stronie* — przedstawiono rozkład zmiennej ROZPOZNANIA, która mierzona była według kategorii trzynastkowych Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Najwięcej osób badanych — 45,3% poddanych psychoterapii grupowej cierpiało na zaburzenia nastroju i zaburzenia osobowości. Niespełna jedna czwarta pacjentów — 22,6% miała równolegle rozpoznany zespół uzależnienia rozumiany jako ZZA, uzależnienie mieszane oraz hazard patologiczny. Uzyskane wyniki pokrywają się

Tabela 1. **Rozkład zmiennej WIEK u osób badanych (n = 53)**

	Częstość	Procent
1. 18 – 25 lat	5	9,4
2. 25 – 40 lat	25	47,2
3. 40 – 65 lat	20	37,7
4. 65 – 80 lat	3	5,7
Ogółem	53	100

z obserwowaną przez klinicystów tendencją pojawiającą się w szpitalnym leczeniu psychiatrycznym, zgodnie z którą coraz częściej hospitalizacji poddawani są pacjenci z zaburzeniami osobowości i uzależnieniem (na podstawie danych zawartych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego Dz.U. 2011 nr 24 poz. 128).

Kolejną zmienną mierzoną u osób badanych był STATUS RODZINNY, której rozkład przedstawia tabela 3 *na następnej stronie*. Różnica pomiędzy osobami stanu wolnego a osobami będącymi w związku małżeńskim lub mającymi takie doświadczenie za sobą była bardzo niewielka. Podobnie przedstawiała się różnica pomiędzy ojcami 47,2% a osobami niemającymi potomstwa 52,8%.

Ważnym parametrem technicznym o dużym znaczeniu praktycznym była mierzona zmienna ZAKOŃCZENIE TERAPII (przedstawiona w tabeli 4 *na kolejnej stronie*). Zakończenie terapii zgodnie z zawartym kontraktem rozumiano jako opuszczenie grupy po wcześniejszym ustaleniu i zaplanowaniu tego z terapeutami, lekarzami oraz uczestnikami terapii. Drop-out zdefiniowano jako wypadnięcie z grupy terapeutycznej w wyniku działania nieświadomych mechanizmów obronnych [10]. Czynnikiem losowym oznaczał wydarzenie zmuszające pacjenta do opuszczenia szpitala, które było niezależne od niego i na które nie miał wpływu.

Tabela 2. Rozkład zmiennej ROZPOZNANIA u osób badanych (n = 53)

	Częstość	Procent
1. Zaburzenia depresyjne	13	24,6
2. Zaburzenia osobowości	11	20,7
3. Schizofrenia paranoidalna	9	17
4. Zaburzenia lękowe	9	17
5. Choroba afektywna dwubiegunowa	4	7,5
6. Organiczne zaburzenia nastroju	4	7,5
7. Upośledzenie umysłowe	2	3,8
8. Zaburzenia schizoafektywne	1	1,9
Ogółem	53	100
Pacjenci, u których równolegle rozpoznano zespół uzależnienia	12	22,6

Tabela 3. Rozkład zmiennej STATUS RODZINNY u osób badanych (n = 53)

	Ma Potomstwo	Nie ma potomstwa	Razem częstość	Procent
1. Kawaler	2	25	27	50,9
2. Żonaty	13	10	23	43,8
3. Rozwiedziony	10	2	12	22,6
<b>Ogółem</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Najwięcej pacjentów (64,2%) zakończyło terapię zgodnie z zawartym kontraktem. Ponad jedna czwarta (26,4 %) próby wypadła z terapii. Czynniki losowe pozostawały względnie mało istotną przyczyną zakończenia terapii. Pozostałe parametry terapeutyczne zostały przedstawione w tabeli 5 na następnej stronie. Najbardziej dynamicznym parametrem okazała się ilość sesji psychoterapii u każdego pacjenta. Pomimo zadowalającego wyniku średniej i mediany, niepokojącym zjawiskiem jest duży rozstęp i odchylenie standardowe — co wskazuje na bardzo zróżnicowaną długość trwania psychoterapii u badanych osób. Pozytywnym wskaźnikiem jest liczba powtórnych hospitalizacji w trakcie trwania badania 0,22 — która oznacza, że ponowne hospitalizacje były bardzo sporadyczne. Zmienna ta obciążona jest jednak znacznym błędem z uwagi na rozpatrywanie hospitalizacji jedynie w szpitalu w Toszku.

Tabela 4. Rozkład zmiennej ZAKOŃCZENIE TERAPII u osób badanych (n = 53)

	Częstość	Procent
1. Zgodnie z kontraktem	34	64,2
2. Drop-out	14	26,4
3. Czynniki losowe	5	9,4
<b>Ogółem</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Tabela 5. Rozkład zmiennej PARAMETRY TERAPEUTYCZNE u osób badanych (n = 53)

	M	Me	Rozstęp	SD
1. Ilość sesji psychoterapii	24	22	58	12,84
2. Ilość sesji własnych	3	3	10	1,73
3. Długość hospitalizacji (tygodnie)	8	8	15	3,6
4. Liczba powtórnych hospitalizacji	0,22	0	2	0

### Podsumowanie

Celem niniejszego artykułu była próba znalezienia odpowiedzi na pytanie, czy psychoterapia grupowa w warunkach stacjonarnego ostrego oddziału psychiatrycznego w szpitalu psychiatrycznym jest możliwa, a ponadto czy może być użyteczną formą leczenia hospitalizowanych tam pacjentów. Kilkuletnie doświadczenie kliniczne oraz zebrany materiał statystyczny pokazują, że odpowiedź na powyższe pytania powinna być poddana refleksji. Psychoterapia grupowa, jak donoszą współczesne badania, jest bardzo skuteczną i stosunkowo mało kosztowną metodą leczenia pacjentów cierpiących psychicznie [15]. Jest od dawna stosowana w kontekście leczenia szpitalnego, nawet w tak trudnych do wyobrażenia miejscach jak izba przyjęć [15]. Chcąc jednak oferować pacjentom tę formę pracy, należy wziąć pod uwagę kilka ważnych czynników koncentrujących się wokół środowiska, w którym ma być ona stosowana.

Przed rozpoczęciem pracy z pacjentami w warunkach ogólnego psychiatrycznego oddziału stacjonarnego należy rozważyć kwestie związane z zapewnieniem odpowiedniego miejsca do terapii (odizolowanego od wysokiego poziomu hałasu panującego na oddziale), co może już na wstępie być dużym wyzwaniem, wzięwszy pod uwagę obecną sytuację bytową tzw. wielkiej psychiatrii w Polsce. Kolejną, bardzo ważną sprawą jest stworzenie sprzyjającego klimatu dla funkcjonowania grupy terapeutycznej — czyli stosownej edukacji personelu i zapewnienia stałości spotkań grupy. Wymaga to dużej cierpliwości i konsekwencji ze strony terapeutów, znacznie większej niż w przypadku leczenia



ambulatoryjnego. Bardzo często, zwłaszcza w początkowej fazie tworzenia się grupy, zdarza się, że pacjenci spoza grupy w trakcie sesji wchodzą do sali, a uczestnicy często są wywoływani przez personel. Planując terapię grupową, trzeba również zastanowić się nad etyką i odpowiednią dystrybucją informacji powziętych na sesji, a istotnych dla hospitalizacji konkretnej osoby na oddziale. Całokształt przygotowań i warunków, które powinni zapewnić psychoterapeuci chcący stosować psychoterapię grupową na ostrym stacjonarnym oddziale psychiatrycznym, pociąga za sobą znaczny wysiłek organizacyjny, ale też finansowy (obowiązkiem wynikającym z Kodeksu etyki psychoterapeuty jest stała supervizja pracy terapeutycznej). Ponadto stale obecna w tle, przybierająca różne natężenie, rywalizacja o to, kto lepiej leczy (lekarz, pielęgniarka czy psychoterapeuta) wymaga od całego zespołu dużej odporności na frustrację. Pożądanym zjawiskiem byłaby możliwość prowadzenia regularnych spotkań klinicznych oraz gotowość zespołu do wspólnej formy refleksji — na przykład w grupie Balinta.

Poprawa funkcjonowania psychicznego pacjentów, którzy ukończyli psychoterapię w ramach oddziału, a także bardzo niska liczba powtórnych hospitalizacji psychiatrycznych powodują, że grupa terapeutyczna staje się w pewnym sensie wspólnym dobrem pacjentów i personelu — sprawiając z czasem, że mimo istniejących przeszkód możliwe jest kształtowanie postaw i środowiska, w którym można leczyć psychoterapią. A także środowiska dającego nadzieję pacjentom na skuteczne i niosące ulgę leczenie, a personelowi nadzieję na lepsze i dające więcej satysfakcji wykonywanie swojej pracy.

### Piśmiennictwo

1. Pervin LA, John OP. Teoria społeczno-poznawcza: Bandura i Mischel. W: Pervin LA, John OP, red. Osobowość. Teoria i badania. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002, s. 467–494.
2. Hańbowski W. W cieniu zmarłego obiektu i inne studia przypadków. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
3. Lowen A. Fear of life. Hinesburg: The Alexander Lowen Foundation; 2011.
4. Gabbard GO. Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009.
5. Sokolik Z. Psychoanaliza. W: Grzesiuk L, red. Psychoterapia. Teoria. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2005, s. 33–132.
6. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapy for borderline personality. focusing on object relations. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2006.
7. Segal J. Wprowadzenie do teorii Melanii Klein. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
8. Waddell M. Inside lives: psychoanalysis and the growth of the personality. London: H. Karnak (Books) Ltd.; 2005.
9. Freud Z. Poza zasadą przyjemności. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012.
10. Wajda Z. Nowy pacjent w grupie terapeutycznej. Czy początki są najtrudniejsze? Część 1. Perspektywa osoby wchodzącej do grupy. Psychoter. 2014; 1(168): 59–75.
11. McWilliams N. Psychoterapia psychoanalityczna. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2011.
12. Johnson SM. Style charakteru. Warszawa: Zysk i S-ka; 2012.

13. Cierpiałkowska L, Czabała Cz. Psychoterapia indywidualna i grupowa. W: Sęk H, red. Psychologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007, s. 269–298.
14. Styła R. Różnice w zakresie skuteczności intensywnych programów leczenia zaburzeń osobowości i nerwic. Czy warto monitorować efektywność zespołu terapeutycznego? *Psychiatr. Pol.* 2014; 48: 157–171.
15. Yalom I., Leszcz M. Psychoterapia grupowa. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.

Adres: [lmajchrzak@wp.pl](mailto:lmajchrzak@wp.pl)