

## LEK PACJENTÓW PRZED MÓWIENIEM NA FORUM GRUPY A PRZEDWCZESNE PRZERYWANIE TERAPII GRUPOWEJ

### PATIENTS' ANXIETY OF PUBLIC SPEAKING TO A GROUP AUDIENCE VERSUS DROPPING-OUT THE GROUP THERAPY

Samodzielna Pracownia Neuropedagogiki Stosowanej w Instytucie Nauk Pedagogicznych  
Uniwersytetu Opolskiego

Kierownik: prof. nadzw. dr hab. Wiesław Sikorski

#### drop-out anxiety of public speaking group therapy

*W artykule opisane jest zjawisko drop-out oraz czynniki jego ryzyka. Przedstawiony jest przegląd literatury dotyczący przyczyn porzucania terapii. Autor prezentuje wyniki własnych badań przeprowadzonych w latach 2011-2015 nad zależnością pomiędzy poziomem doznawanego lęku przed publicznym zabieraniem głosu a skłonnościami do przedwczesnego kończenia terapii grupowej. Badaniami objęto 26 grup terapeutycznych. W artykule proponowane są sposoby pracy, głównie w pierwszej fazie terapii, nad problemem lęku przed zabieraniem głosu na forum grupy.*

**Summary:** The main objective of the research conducted by the author was to determine the relationship between the level of the anxiety of public speaking in patients suffering from various kinds of neurotic disorders and resigning from participation in group therapy.

The level of the anxiety of public speaking was determined by the use of *Personal Report of Communication Apprehension* (PRCA) questionnaire by J. C. McCroskey and R. McVetta.

The author reported a statistically significant relationship between the anxiety of speaking and dropping-out the group therapy. He showed that this type of anxiety is greater and more common — and hence the more frequent abandoning the treatment — in the case of larger groups (10 to 12 people), organized in a closed form, and heterogeneous ones (diversified). He also found that dropping-out from therapy most frequently occurs in the initial phase of the development of closed group dynamics (“orientation and dependency”) and by members of the group performing subordinate roles — those of a “scapegoat” and an “outsider”. Moreover, the author noticed that earlier preparations for the psychotherapy made by the members of a group prevent the phenomenon of leaving the psychotherapy and decrease the anxiety of public speaking.

The author provides several ways for reducing the anxiety of public speaking, such as exercises based on role-playing techniques, drama and using the camera, and learning how to achieve the state of relaxation, as well as those arising due to the attitude of the therapist and his/her attention to initiate as many therapeutic factors in group therapy as possible, especially group cohesion and social skills development.

## Wprowadzenie

W literaturze z zakresu psychoterapii względnie mało uwagi poświęca się problemowi lęku pacjentów przed mówieniem podczas sesji terapeutycznych. Pod tym pojęciem kryją się skłonności pacjentów do unikania werbalnych interakcji zarówno z terapeutą, jak i członkami grupy terapeutycznej. Pacjenci, doznając tego typu lęku, obawiają się zabierać głos, nie są zbyt skorzy do dzielenia się z innymi swoimi problemami czy też wyrażania swoich poglądów na forum grupy, unikają kontaktu wzrokowego z terapeutą i innymi członkami grupy, z wielkim oporem też odpowiadają na kierowane do nich pytania, co sprawia, że są zbyt mało zaangażowani w terapię. Zamiennie do charakterystyki tego zjawiska stosuje się pojęcia: nieśmiałość komunikacyjna, niechęć do komunikacji z innymi ludźmi, małowówność czy unikanie komunikacji interpersonalnej [1]. Zdaje się to dość poważnym, a niestety często ignorowanym czy niezauważanym przez terapeutów, problemem warunkującym zachowanie pacjentów podczas sesji terapeutycznych, a w konsekwencji ich przebieg i skuteczność. Przypuszczalnie właśnie doznawanie lęku przed zabieraniem głosu na forum grupy jest jednym z czynników dużego ryzyka przedwczesnego porzucania terapii (drop-out) i częstego ujawniania oporu [2].

## Przedwczesne porzucanie terapii

Niezapowiedziane kończenie terapii (drop-out) stanowi problem wszystkich nurtów i rodzajów psychoterapii, zwłaszcza podczas leczenia zaburzeń niezbyt podatnych na oddziaływania psychoterapeutyczne, jak choćby anoreksja i bulimia [3] czy różnego typu uzależnienia [4]. W szkołach psychoterapii, w których cele terapii są dość skonkretyzowane na podstawie dokładnych kryteriów wyleczenia, zjawisko drop-out jest jednym z głównych czynników uwzględnianych w ocenie skuteczności leczenia. Samowolna rezygnacja pacjenta z udziału w terapii bywa często postrzegana jako porażka obu stron — leczonego i terapeuty. Odchodząc przed wypełnieniem się ustaleń zawartych w kontrakcie, pacjent nie uzyskuje zakładanej poprawy czy całkowitego usunięcia dolegliwości, a nawet stan jego kondycji psychicznej może być gorszy niż w chwili podjęcia terapii. Tkwi on bowiem w fazie przejściowej między relatywną równowagą, jaka cechowała jego egzystencję przed rozpoczęciem terapii, a nowym, korzystniejszym (mniej zaburzonym) poziomem równowagi, jaki byłby w stanie uzyskać, gdyby terapia została sfinalizowana. Ten stan wstrzymania, w którym dotychczas stosowane mechanizmy obronne zostały zrewidowane i zakwestionowane, lecz jeszcze nie doszło do pokonania jego problemów, może dla niego być szkodliwy. Sytuacja, w której pacjent samowolnie rezygnuje z kontaktu z tym psychoterapeutą, z którym rozpoczął leczenie, a dodatkowo możliwość pojawienia się negatywnego nastawienia w ogóle do psychoterapii, stwarza dla niego poważne zagrożenie. Może on powrócić do strategii obronnych, co utrwali czy nawet nasili zaburzenie, które zmusiło go do podjęcia terapii, albo pozostanie w stanie braku równowagi psychicznej, co wywoła cierpienie i stworzy duże ryzyko jeszcze bardziej dysfunkcjonalnego zachowania [5].

## Czynniki ryzyka drop-outu

Dotychczasowe badania zmierzające do poznania czynników odpowiedzialnych za przedwczesne porzucanie terapii nie dostarczyły wyraźnych rozstrzygnięć [6]. Ustalono

m.in., że istnieje korelacja między samowolnym zaniechaniem terapii a: (1) niewłaściwie ukształtowaną relacją terapeutyczną, (2) trudnościami w dzieleniu się terapeutą z innymi członkami grupy terapeutycznej, (3) zbyt wygórowanymi oczekiwaniami pacjenta dotyczącymi terapii i jej skuteczności, (4) brakiem bezpośredniości i otwartości pacjentów, (5) zbyt młodym wiekiem pacjentów oraz (6) trudnymi sytuacjami pozaterapeutycznymi, np. problemami finansowymi, konfliktami w rodzinie czy bezrobociem [7].

Starano się także ustalić zależności między rezygnacją z terapii a rodzajem zdiagnozowanego zaburzenia. Uzyskane wyniki również nie są w pełni zadowalające. Niektóre z nich wykluczają występowanie korelacji między rodzajem rozpoznanego zaburzenia a drop-outem [8], inne z kolei potwierdzają powszechniejsze porzucanie terapii przez pacjentów ze zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości, w szczególności paranoiczną, narcystyczną, histrioniczną, dyssocjalną oraz typu borderline [7, 9, 10]. Dowiedziano także, że na drop-out w dużej mierze narażeni są pacjenci cierpiący na zaburzenia hipochondryczne i somatyzacyjne [9, 11] oraz fobie społeczne [6]. Ponadto wskazuje się na znaczenie obecności współwystępujących objawów depresji [12], nadużywania substancji psychoaktywnych [13] oraz zaburzeń odżywiania się (anoreksji i bulimii) [3, 14]. Jednak i tu rezultaty badań nie są w pełni przekonujące.

Badacze zgodnie przyznają, że czynnikami zwiększającymi ryzyko porzucania terapii są: impulsywność pacjentów, nieprzychylnie nastawienie (wrogość, agresja) w stosunku do współpacjentów i terapeuty, roszczeniowość wobec terapeuty, trudności w kontaktach międzyludzkich, nieadekwatna (zaniżona bądź zawyżona) samoocena [15, 16]. Zdaniem niektórych badaczy wysokie nasilenie objawów jest czynnikiem sprzyjającym przejściu całej terapii [17, 18], inni twierdzą, że może prowadzić do drop-outu [12, 19], jeszcze inni sądzą, że nie ma ono znaczenia prognozującego porzucenie terapii [20].

Odnotowano także zależności między porzucaniem leczenia (zwłaszcza przez kobiety) a szczególnie uciążliwymi dolegliwościami zaburzeń nerwicowych, takimi jak: napady paniki, lęki w otwartej przestrzeni, myśli natrętne o zagrażającej treści, kompulsyjne liczenie czy zasłabnięcia. Wykazano też różnice dotyczące profilu ekstremalnego nasilenia symptomów przed terapią w grupie kobiet i w grupie mężczyzn dopuszczających się drop-outu. U kobiet były to dolegliwości: ciągle utrzymującego się uczucia lęku, przymusu liczenia (kompulsje), bólów w okolicach serca, zasłabnięć oraz zaburzeń menstruacji. U mężczyzn zaś były to: trzy objawy dotyczące snu (problemy z zasypianiem, częste budzenie się i bezsenność), a także dwie dolegliwości z zakresu dysfunkcji seksualnych (zaburzeń erekcji albo ejakulacji przedwczesnej oraz zaburzeń potencji). Ponadto ustalono, że obciążenie współistniejącymi zaburzeniami osobowości i zaburzeniami emocjonalnymi jest jednym z najwyraźniejszych czynników ryzyka porzucania terapii, zwłaszcza gdy łączy się z unikaniem-zależnością oraz impulsywnością-histrionicznością [19].

### Skala zjawiska drop-outu

Nie ma pełnej zgodności odnośnie do częstości porzucania terapii. Jedni autorzy twierdzą, że osiąga nawet 60% [21], inni zaś wskazują na 20–30% [22, 23]. Zdaniem J. W. Aleksandrowicza [24], blisko połowa pacjentów rozpoczynających terapię jednostronnie zrywa kontrakty z terapeutami już przed piątą sesją, nawet gdy z góry opłacili więcej spotkań.

Pogląd ten podziela także J. Rakowska [25]. F. Baekeland i L. Lundwall [26], a następnie M. Wierzbicki i G. Pekarik [27], którzy na podstawie analiz 485 prac badawczych, przeprowadzili dwie oddzielne metaanalizy badań nad porzucaniem terapii obejmujących różne ośrodki ambulatoryjne, diagnozy i rodzaje leczenia. Baekeland i Lundwall [26] obliczyli, że od 30% do 60% (średnia 46,86%) pacjentów uczestniczących w terapii indywidualnej i grupowej na oddziałach dziennych porzucało bardzo wcześnie (średnio po 5–6 sesjach) leczenie bez konsultacji z psychoterapeutą. Z kolei Wierzbicki i Pekarik [27] ustalili, że niezależnie od rodzaju terapii przeciętnie 47% pacjentów bez zapowiedzi rezygnuje z leczenia już po 6–7 spotkaniach. Zdecydowanie bardziej optymistycznie brzmią doniesienia K. Cyranki i in. [28], z których wynika, że w sześciu grupach terapeutycznych tylko 7% pacjentów przedwcześnie porzuciło leczenie. Tak mały odsetek dropoutowców w badanych grupach terapeutycznych to może być skutek: dużej intensywności prowadzonej psychoterapii grupowej (12–14 tygodni, przeciętnie 675 minut tygodniowo), łączenia terapii grupowej z indywidualną, formy zorganizowania grup (grupy półotwarte), ich dużych liczebności (8–11 członków), częstych sesji zajęć relaksacyjnych, organizowania spotkań społeczności oddziału oraz stosowania wielu różnych technik (psychodrama, pantomima, muzykoterapia, techniki wizualizacyjne, np. sterowane wyobrażenia, rysunek, kolaż itd.). Psychoterapia (zarówno grupowa, jak i indywidualna) prowadzona była w nurcie integrującym elementy teorii psychodynamicznej oraz poznawczej i behawioralnej. Uwzględniała ona przestrzeganie settingu (obecność na wszystkich sesjach, punktualność), a także zachowanie tajemnicy i respektowanie zasad wynikających z regulaminu oddziału. Nie bez znaczenia dla zmniejszenia drop-outu był fakt, że wszyscy pacjenci poddawani byli na bieżąco analizie efektów terapii: co tydzień wykonywano pomiar nasilenia objawów z wykorzystaniem Kwestionariusza Objawowego „O” (KO „O”), a także, w ramach sesji psychoterapii grupowej, przeprowadzano dwa tzw. spotkania kontrolne (w połowie oraz na końcu pobytu) poświęcone m.in. omówieniu wyników leczenia. Opis przebiegu tej psychoterapii znaleźć można w pracach Mazgaj i Stolarskiej [29] oraz Mielimąki [30].

### **Drop-out w terapii grupowej**

Do porzucania terapii dochodzi najczęściej w jej początkowej fazie. W przypadku terapii grupowej, w pierwszych dwóch początkowych fazach rozwoju dynamiki grupy — „orientacji i zależności” oraz „konfliktu i buntu” — zanim pojawi się poczucie spójności (kohezja), sytuacja pacjentów zaczynających leczenie nie bywa zbyt łatwa. Wejście w taką „nieskonsolidowaną” grupę osób, nieco zdezorientowanych w związku z nowym otoczeniem i terapią, jest tak samo trudne, jak udział w tworzeniu się grupy zamkniętej. Poczucie wyobcowania niekiedy nawet potęguje się. Dość szybko pojawia się wówczas myśl o zaniechaniu dalszego leczenia. Drugim takim momentem, w którym dalszy udział w terapii grupowej bywa niepewny, jest ogniskowanie negatywnych emocji na pacjencie zajmującym pozycję „kozła ofiarnego”. Zwykle „oprawca” mimo woli nie widzi innego wyjścia, jak pożegnanie się z grupą z wielkim żalem i niespełnionymi oczekiwaniami, rodzącym jednocześnie poczucie winy u innych członków [24].

### Przyczyny porzucania terapii

Istnieje wiele przypuszczeń na temat przyczyn porzucania terapii. W swoich dociekaniach Gajowy i in. [31, 32] wyszczególnili ponad 150 czynników wpływających na drop-out i pogrupowali je na związane z psychoterapeutą (np. nieodpowiednie zakwalifikowanie pacjenta do grupy; złe przygotowanie pacjenta do udziału w terapii grupowej; mała aktywność terapeuty w początkowej fazie leczenia; praca terapeuty bez superwizji), relacją terapeutyczną (np. przyjęte postawy: terapeuta nie lubi pacjenta albo pacjent nie darzy sympatią terapeuty lub nie ufa jego kompetencjom; prowadzenie grupy w agresywnym, zbyt dyrektywnym bądź konfrontującym stylu — pacjent ratuje się rezygnacją z terapii; terapeuta nie potrafi omówić i przepracować w grupie acting-outów pacjenta i karnie go wypisuje), kulturą grupy (np. tworzenie podgrup — pacjent odchodzi z grupy po tym, jak pomimo prób nie jest w stanie przeniknąć do powstałej bez niego podgrupy; przewlekły konflikt lub impas w grupie, który nie jest załagodzony i rodzi w danym pacjencie albo w całej grupie postawę frustracji i zniechęcenia), wydarzeniami zewnętrznymi (np. przerywanie terapii z powodu interwencji rodziny członka grupy). Jednak do najważniejszych Gajowy i in. zaliczyli aspekty dotyczące pacjenta i wyodrębnili: zmienne demograficzne, osobowościowe (np. odchylenia od normy; bierna agresja wobec terapeuty i/lub grupy; negatywny stosunek do metod leczenia; brak wiary, że terapia przyniesie spodziewane efekty), interpersonalne (np. nierozwiązane konflikty intrapsychiczne powodują, że pacjent rekonstruuje w grupie sytuacje ze swego wcześniejszego życia, w których był porzucany bądź porzucał innych; problem bliskości w relacjach) i zewnętrzne (np. obciążające zobowiązania pacjenta w innych sferach życia uniemożliwiające mu kontynuowanie terapii).

H. Kohut [30] twierdzi, że albo stosowana psychoterapia rozwija się zbyt wolno i pacjent traci wiarę w jakiekolwiek jej efekty, lub odwrotnie — psychoterapia przebiega zbyt szybko i pacjenta przerasta natłok nowych doświadczeń czy przeżyć. W tym drugim przypadku nie potrafi on rzeczowo wykorzystać nowej wiedzy o sobie czy o potencjalnych przyczynach swoich problemów. W obu tych sytuacjach — zbyt małej i zbyt dużej intensywności przebiegu terapii — część winy spada na terapeuta. Sporo pacjentów po kilku sesjach ogarnia myśl o rezygnacji z dokonujących się w nich zmianach, gdyż okazują się one bardziej uciążliwe i zagrażające, niż się wcześniej spodziewali. W efekcie wzrasta u nich niepokój i zmęczenie, a w następstwie pojawia się niechęć do kontynuowania psychoterapii. Powinnością terapeuty jest wtedy pomóc pacjentowi w uzmysłowieniu sobie przyczyn tych wahań i wątpliwości, a jednocześnie w przywróceniu osłabionej czy niestabilnej motywacji do leczenia. Podjęcie przez pacjenta decyzji o samowolnym wycofaniu się z terapii wskazuje, że terapeuta przeoczył lub niewłaściwie odczytał jego intencje i obawy czy też nie potrafił ich właściwie zinterpretować i wykorzystać. Terapeuta z reguły stara się przeciwdziałać takim okolicznościom, na przykład zobowiązując pacjenta w chwili zawierania kontraktu do konieczności zgłaszania chęci wcześniejszego zakończenia terapii czy też określając konsekwencje za złamanie tej deklaracji (obowiązek uiszczenia opłat za sesje, które nie odbyły się z jego winy). W sytuacji porzucenia terapii przez pacjenta bez informowania o tym niektórzy terapeuci próbują się z nim skontaktować. Ma to z jednej strony służyć udzieleniu wsparcia pacjentowi w tych niełatwych chwilach i przekonać go do zmiany decyzji i powrocie do terapii, z drugiej zaś — bliższemu poznaniu przyczyn porażki [33].

Czynnikami często zniechęcającymi pacjentów do kontynuowania terapii są okresy kryzysów i nasilenia objawów. Z tego względu podczas omawiania warunków terapii (ustalania kontraktu) bardzo ważne jest poinformowanie pacjentów o tym, że takie okresy pojawią się podczas leczenia. W czasie, gdy przyjdzie się z nimi zmierzyć, przypomnienie tej informacji może znacznie zmniejszyć obawy pacjentów przed utratą kontroli nad przebiegiem terapii. Przy odpowiednim wspieraniu pacjentów w pokonywaniu trudności względnie szybko może pojawić się poczucie korzyści i oczekiwanego rozwoju terapii, wynikające ze zmniejszenia dokuczliwości objawów, także w porównaniu z okresem sprzed kryzysu [24].

I. Yalom i M. Leszcz [9] jako główne przyczyny przedwczesnej rezygnacji z terapii grupowej podają m.in.: obawy przed emocjonalną zaraźliwością, brak zdolności do dzielenia się terapeutą z innymi członkami grupy, komplikacje wynikające z równoległego uczestniczenia w terapii dualnej (indywidualnej) i grupowej, odmienność od pozostałych członków, nieporozumienia w sferze zażyłości i odsłonięcia się, nieadekwatny stosunek do terapii. Generalnie w analizie możliwych powodów przedwczesnej rezygnacji z terapii dostrzegana jest duża różnorodność przyczyn oraz ich wzajemny wpływ.

### **Cel badań i badane grupy**

W analizie referowanych tu wyników badań podjęto próbę ustalenia zależności między poziomem doznawanego lęku przed publicznym zabieraniem głosu u pacjentów cierpiących na cztery różnego rodzaju zaburzenia nerwicowe (zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia adaptacyjne, neurastenię i fobię społeczną) a ich skłonnościami do przedwczesnego kończenia terapii grupowej.

Badania przeprowadzono w latach 2011–2015. Objęto nimi 230 pacjentów (122 kobiety i 108 mężczyzn, w większości z wykształceniem średnim) z województw dolnośląskiego i opolskiego — 116 pacjentów, którzy jednostronnie podjęli decyzję o zakończeniu psychoterapii przed wypełnieniem się ustaleń zawartych w kontrakcie, oraz 114 pacjentów, którzy przeszli całą terapię. Wspomniani pacjenci wywodzili się z 28 grup terapeutycznych (ośmiu — 12-osobowych, jednej — 10-osobowej, dziesięciu — 7-osobowych, dziewięciu — 6-osobowych), w których doszło do przedwczesnego porzucenia terapii przez co najmniej dwóch ich członków. Czternaście z tych grup było homogennych pod względem jednego z czterech podanych powyżej zaburzeń (8 pod względem fobii społecznej oraz po 2 pod względem neurastenii, zaburzenia adaptacyjnego i zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego), a 16 z nich zorganizowanych w formie grupy zamkniętej. W grupach heterogennych pod względem zaburzenia proporcje były wyrównane (przeciętnie po 25% pacjentów z każdego z 4 rodzajów zaburzeń). Przy czym 61 pacjentów dwukrotnie rozpoczęło (ponownie średnio po 2–3 latach) i porzucało terapię grupową. Ponowna terapia przebiegała w innych liczebnie, strukturalnie i organizacyjnie grupach, np. za pierwszym razem byli członkami grup 6–7-osobowych, a za drugim razem — 10–12-osobowych, wcześniej grup homogennych, a później heterogennych pod względem zaburzenia, najpierw otwartych, a następnie zamkniętych. Oni też dwukrotnie wypełniali kwestionariusz służący do pomiaru poziomu lęku przed publicznym zabieraniem głosu podczas sesji terapii grupowej oraz kwestionariusz osobowości. Z nimi też przeprowadzono krótkie wywiady



Tabela 1. Dane o badanych pacjentach i grupach terapeutycznych.

Liczebność pacjentów	Płeć								Razem
	Kobiety				Mężczyźni				
	122				108				
Wykształcenie badanych pacjentów	Podstawowe		Średnie		Licencjackie		Magisterskie		Razem
	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	
	18	21	91	75	9	5	4	7	
Ilość grup i ich liczebność	8 grup		1 grupa		10 grup		9 grup		Razem
	12-osobowych		10-osobowa		7-osobowych		6-osobowych		
Struktura badanych grup terapeutycznych	Grupy homogenne							Grupy heterogenne	Razem
	względem fobii społecznej	względem neurastenii	względem zaburzenia adaptacyjnego	względem zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego	fobia społeczna (25%) neurastenia (25%) zaburzenie adaptacyjne (25%) zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (25%)				
	8	2	2	2	14		28		
Sposób zorganizowania grupy	Grupy zamknięte		Grupy otwarte		Grupy półotwarte		Razem		
	16		7		5		28		
Liczba pacjentów przedwcześnie rezygnujących z terapii grupowej	Jednokrotnie			Dwukrotnie			Razem		
	55			61			116		
Liczba grup objętych przygotowaniem	Grupy zamknięte		Grupy otwarte		Grupy półotwarte		Razem		
	3		3		3		9		
Krotność wypełniania kwestionariuszy	Personal Report of Communication Apprehension (PRCA) J. C. McCroskeya i Roda McVetty			Kwestionariusz Osobowości EPQ-R (wersja skrócona) H.J.Eysencka, S.B.G. Eysencka i P. Barretta			Autorski skategoryzowany kwestionariusz wywiadu		
	Jednokrotnie	Dwukrotnie	Jednokrotnie	Dwukrotnie	Jednokrotnie				
	55	61	55	61	61				

przy użyciu skategoryzowanego kwestionariusza, które umożliwiły ustalenie, czy zmiany liczebności, struktury i formy zorganizowania grupy terapeutycznej miały jakiś wpływ na doznawanie przez nich lęku przed mówieniem na forum grupy.

Pacjenci z 9 grup byli objęci przygotowaniem do udziału w terapii. Polegało ono na przeprowadzeniu krótkiego wykładu na temat przewidywanych zdarzeń w organizowanej grupie, dostarczeniu materiałów poglądowych (broszur, wykazu informacji o terapii grupowej) oraz ogólnej wiedzy o planowanych technikach (np. o psychodramie). Przejrzyściej prezentuje to tabela 1.

Wspomniane grupy były prowadzone w nurcie behawioralnym (z wykorzystaniem techniki modelowania, zapobiegania reakcji i zanurzania oraz treningu asertywności i treningu umiejętności społecznych). Stosowano także podejście Moreno (psychodrama) oraz orientację „tu i teraz” I. Yaloma [9, 24].

Uzyskano zgodę komisji bioetycznej na przeprowadzenie badania.

### **Metoda i narzędzia badawcze**

Badania miały charakter anonimowy. Osoby z grup terapeutycznych poproszono o wypełnienie dwóch kwestionariuszy służących ustaleniu poziomu lęku przed publicznym zabieraniem głosu i lokalizację kontroli. Przy czym pierwszy z kwestionariuszy badani wypełniali po pierwszych trzech sesjach terapii grupowej.

Poziom lęku przed mówieniem wyznaczono przy użyciu kwestionariusza Personal Report of Communication Apprehension (PRCA) autorstwa Jamesa C. McCroskeya i Roda McVetty, zawierającego 20 stwierdzeń. Zadanie badanych pacjentów polegało na oznaczeniu na 5-stopniowej skali, w jakim każde ze stwierdzeń zawierających określony sposób werbalnego komunikowania się ich dotyczy. Ilościowe analizy uzyskanych w ten sposób wyników umożliwiły wyznaczenie trzech poziomów lęku przed publicznym zabieraniem głosu (PLK). Wynik 50 i mniej punktów wskazuje na niski (nieszkodliwy czy dopuszczalny) poziom PLK, w przedziale 51—69 na średni PLK, w przedziale 70—100 na wysoki PLK.

Przy użyciu Kwestionariusza Osobowości EPQ-R (wersja skrócona) opracowanego przez H.J. Eysencka, S.B.G. Eysencka i P. Barretta wyznaczono różnice indywidualne w zakresie lokalizacji kontroli: zewnętrznej (ekstrawersji) i wewnętrznej (introwersji).

Role grupowe pełnione przez pacjentów wyznaczono na podstawie obserwacji ich zachowań podczas pierwszych kilku sesji (w fazie „orientacji i zależności”) oraz pomiaru socjometrycznego przy użyciu techniki „Zgadnij kto?”. Badanie polegało na tym, że badanym pacjentom z grup zamkniętych zaprezentowano listę pytań o określone cechy, zachowania i reakcje, do których mieli przypisać nazwiska osób z grupy im odpowiadających, np. „To jest ktoś, kto najczęściej tryska humorem?” (rola „błazna grupowego”), „To jest osoba, która najczęściej jest obiektem drwin, ataków i żartów?” (rola „kozła ofiarnego”) itd.

Fazy rozwoju dynamiki grup zamkniętych określano na podstawie obserwacji zachowań członków grupy terapeutycznej, dostrzeganych zmian interakcji oraz „zacierania się” ról grupowych charakterystycznych dla pierwszej z faz — „orientacji i zależności”.

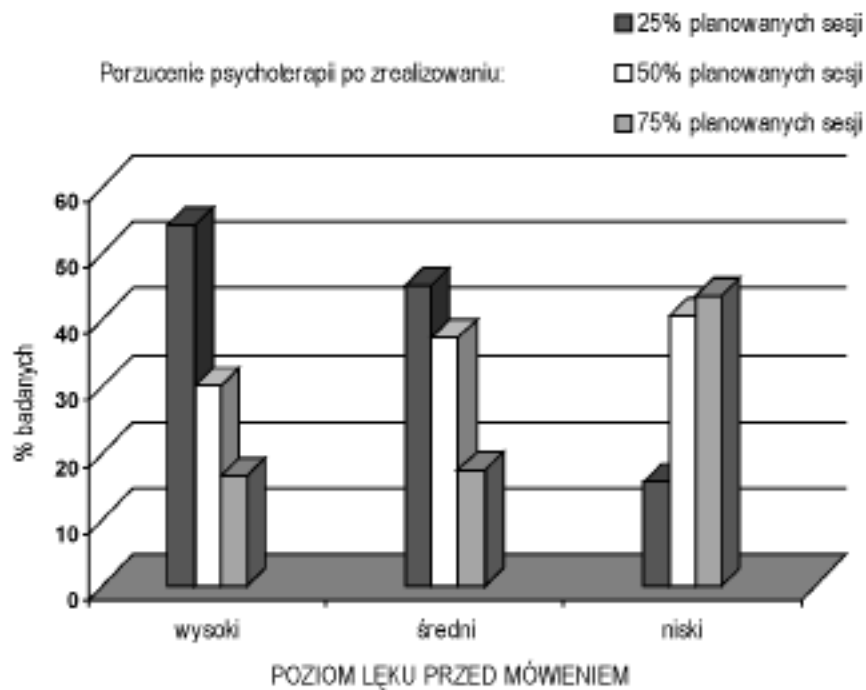


### Wyniki i ich interpretacja

Przeгляд uzyskanych wyników badań wskazuje, że spora grupa badanych pacjentów, którzy porzucili leczenie, ujawnia wysoki poziom lęku przed publicznym zabieraniem głosu podczas sesji terapii grupowej. Ponad jedna trzecia badanych pacjentów dostrzega u siebie względnie wysoki poziom lęku przed mówieniem. Natomiast blisko jedna trzecia z nich ocenia, że doznają tego typu lęku na niskim poziomie. Porównując łącznie wysoki i średni poziom lęku przed mówieniem (69,2%) z niskim poziomem tego lęku (30,8%), okazuje się, że doznawanie lęku przed publicznym zabieraniem głosu wśród członków grup terapeutycznych, którzy samowolnie porzucili leczenie, jest dość częste. Dużo korzystniej wygląda to u pacjentów, którzy przeszli całą terapię, gdyż zaledwie 14,7% z nich uznało, że doświadczają wysokiego lęku przed mówieniem, 18,5% średniego, a aż 66,8% niskiego (dopuszczalnego).

### Lęk przed mówieniem a drop-out

Czy istnieje związek między doznawanym lękiem przed mówieniem a skłonnościami do przedwczesnego porzucania terapii?



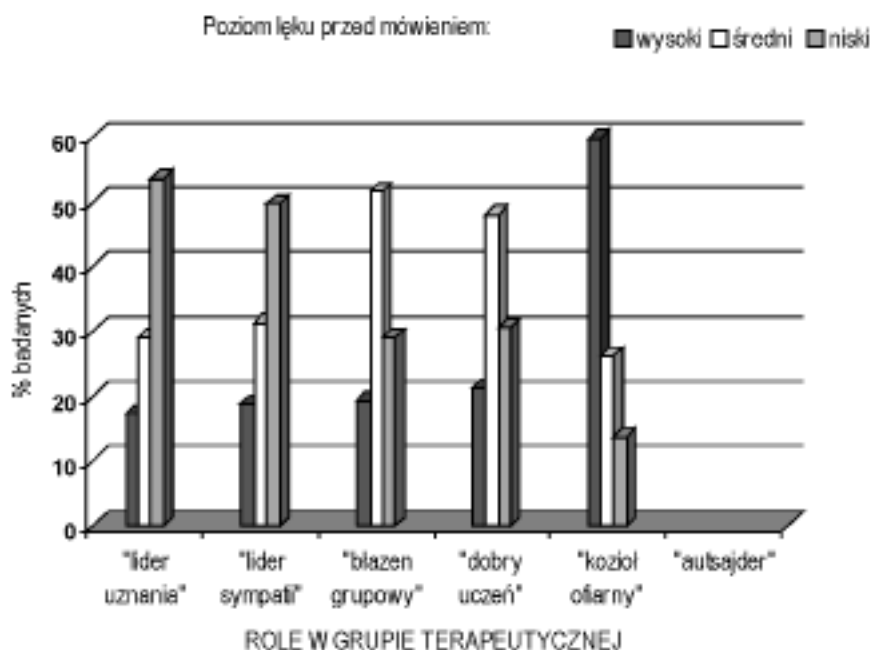
$\chi^2 = 15,103 > 13,277$  dla  $p = 0,01$  i dla  $df = 4$

Ryc. 1. Poziom lęku przed mówieniem u pacjentów a porzucenie przez nich terapii.

Pacjenci doznający wysokiego lęku przed mówieniem dużo wcześniej samowolnie zrezygnowali z udziału w terapii grupowej (zwykle po 6–7 sesjach z 30 zaplanowanych) niż odczuwający średni, a zwłaszcza niski poziom takiego lęku. Wyraźnie później porzucali terapię pacjenci (zazwyczaj po 21–22 sesjach z 30 zaplanowanych) zaliczający siebie do osób o niskim poziomie lęku przed publicznym mówieniem.

### Role grupowe

Dalsze analizy pozwoliły ustalić, że poziom lęku przed mówieniem zdaje się jednym z ważnych czynników warunkujących pełnienie ról grupowych w fazie „orientacji i zależności” — „lidera sympatii”, „lidera uznania”, „błazna grupowego”, „dobrego ucznia”, „kozła ofiarnego” i „autsajdera” [5].



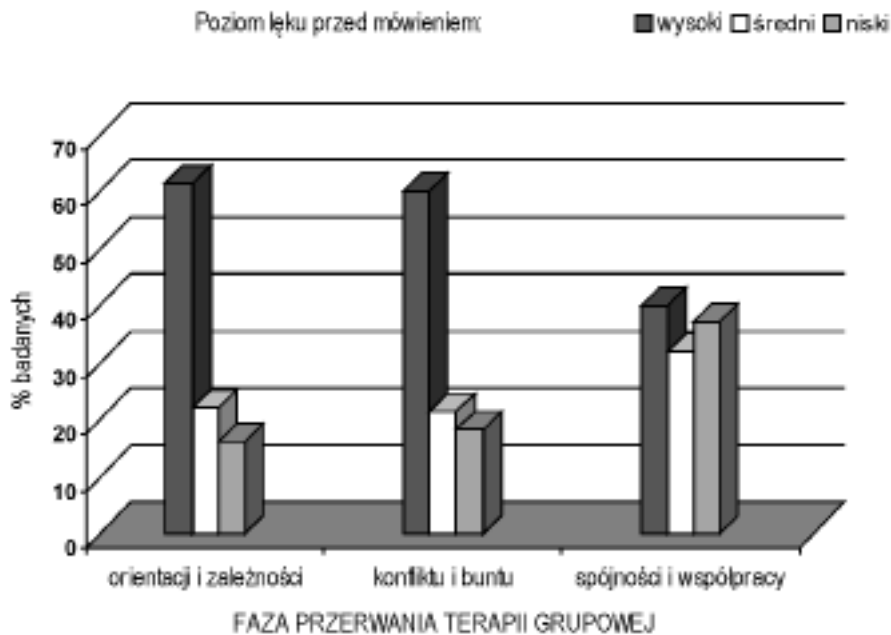
$\chi^2 = 27,085 > 23,209$  dla  $p = 0,01$  i dla  $df = 10$

Ryc. 2. Role w grupie terapeutycznej a poziom doznawanego lęku przed mówieniem.

Dość często pacjenci z obu badanych grup — „dropoutowców” i tych, którzy przeszli całą terapię deklarujący wysoki poziom lęku przed mówieniem na forum grupy — pełnili role „kozłów ofiarnych” i „autsajderów”, natomiast ci przejawiający niski lęk komunikacyjny dużo częściej zajmowali pozycje liderów uznania i liderów sympatii. Z kolei „błazni grupowi” i „dobrzy uczniowie” w większości wywodzili się z grupy pacjentów o średnim poziomie lęku przed mówieniem (patrz ryc. 2). Co więcej, najbardziej skorzy do wczesnego porzucania terapii byli właśnie „autsajderzy” i „kozły ofiarne”.

### Przygotowanie do terapii

Okazało się także, że zapobieganiu drop-outowi służy przygotowanie pacjentów do udziału w psychoterapii grupowej, a ściślej dostarczanie informacji i wyjaśnień w formie krótkiego wykładu i materiałów poglądowych (np. o możliwości wystąpienia trudnych do zaakceptowania emocji, rozczarowaniu wobec terapeuty czy myślach o przerwaniu terapii) [5]. Całkowity brak takiego przygotowania skutkowało dużo częściej bardzo wczesnym zaniechaniem terapii, zaledwie po 6–7 sesjach z 30 zaplanowanych. Natomiast członkowie grupy objęci takim przygotowaniem decydowali się na wcześniejsze zerwanie kontraktu dużo później, bo „dopiero” po 21–22 sesjach z 30 zaplanowanych. Zresztą spora grupa pacjentów, którzy porzucili terapię po takim właśnie czasie, zgodnie twierdziła, że zrezygnowali z dalszego udziału w terapii, bo uznali się za wyleczonych. Bywa też tak, że gdy objawy stają się mniej dokuczliwe, a więzi z członkami grupy czy terapeutą nie są jeszcze zbyt silne, często dochodzi do zaniechania leczenia już w pierwszych dniach terapii.



$\chi^2 = 16,881 > 13,277$  dla  $p = 0,01$  i dla  $df = 4$

Ryc. 3. Poziom lęku komunikacyjnego a faza przerwania terapii grupowej.

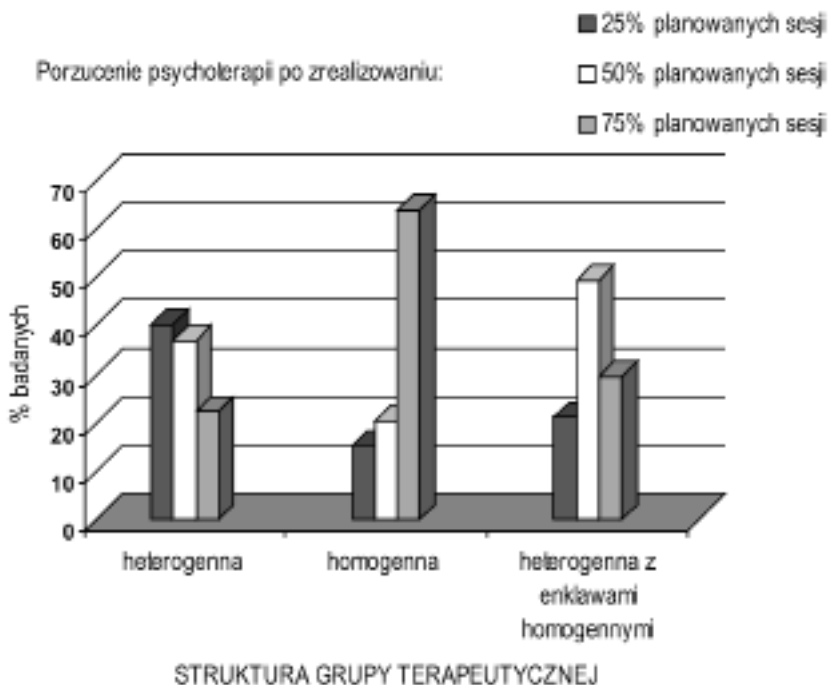
Pacjenci najliczniej porzucają terapię grupową w fazie „orientacji i zależności” (po 5–6 sesjach) i „konfliktu i buntu” (po 6–9 sesjach), a zdecydowanie rzadziej w fazie „spójności i współpracy” (po powyżej 10 spotkaniach). Przy czym ryzyko przedwczesnego zerwania kontraktu wyraźnie wzrastało u osób deklarujących wysoki poziom lęku przed mówieniem na forum grupy (patrz ryc. 3). Blisko dwie trzecie pacjentów, którzy samowolnie odeszli z terapii w dwóch pierwszych fazach — „orientacji i zależności” oraz „konfliktu i buntu” — oceniali siebie jako małowólnych czy unikających komunikacji interpersonalnej.

### Liczebność grupy terapeutycznej

Dalsze analizy upoważniają do wysnucia wniosku, że im większa liczebność grupy terapeutycznej, tym częstsze doznawanie wysokiego poziomu lęku przed publicznym zabieraniem głosu u jej członków i w efekcie liczniejsze decyzje o przedwczesnej rezygnacji z dalszego leczenia. Ci sami pacjenci funkcjonując w grupach mniej liczebnych (zaczynający terapię grupową od nowa po kilku latach od pierwszego porzucenia terapii i na nowych warunkach) — od 6 do 7 członków — odczuwali dużo niższy lęk przed mówieniem niż przebywając w grupach bardziej liczebnych (10–12-osobowych). Prawdopodobnie konieczność dzielenia się swoimi problemami z większą grupą pacjentów (10–12 osób) wyzwaliała u nich większy niepokój czy lęk przed mówieniem. Obawy te wyraźnie słabły, gdy „nieśmiały komunikacyjnie” pacjenci musieli zabierać głos w mniej licznych gronie, zwłaszcza w grupach liczących 7 osób. Mimo że w grupach bardzo licznych — powyżej 12 uczestników — wzrasta korzystnie terapeutycznie liczba możliwych interakcji pomiędzy współpacjentami, to także rośnie prawdopodobieństwo wyodrębnienia się podgrup osób aktywnych — bardziej otwartych czy spontanicznych, dominujących, roszczeniowych czy agresywnych, oraz wycofanych, pozostających nieco z boku. Ci ostatni to często osoby podejmujące decyzje o nagłym zaniechaniu terapii [34, 35].

### Struktura grupy

Równie ważnym czynnikiem różnicującym poziom doznawanego lęku przed publicznym zabieraniem głosu i w konsekwencji drop-out okazała się struktura grupy terapeutycznej.



$\chi^2 = 17,031 > 13,277$  dla  $p = 0,01$  i dla  $df = 4$

Ryc. 4. Struktura grupy terapeutycznej a porzucanie terapii grupowej.

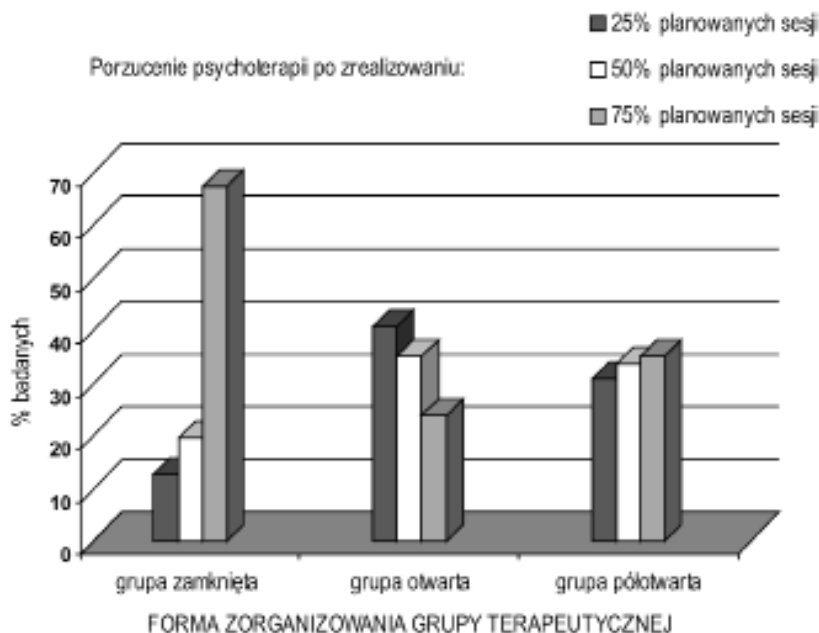
Zdecydowanie większy lęk przed mówieniem wyzwał udział w grupach heterogennych (zróznicowanych) niż homogennych pod względem zaburzenia. W ślad za tym dużo częściej i wcześniej (patrz ryc. 4) dopuszczali się porzucania terapii pacjenci z grup heterogennych niż homogennych pod względem zaburzenia. Przepuszczalnie większy lęk przed mówieniem w grupach zróznicowanych wynikał z różnorodności zaburzeń, np. zebrania w jednej grupie pacjentów z zaburzeniami adaptacyjnymi i zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi. Niewątpliwie dużo łatwiej zabierać głos na forum grupy jednorodnej, którą łączy taki sam problem i zbliża jej członków. Wiadomo jednak, że większy „potencjał terapeutyczny” tkwi w grupach heterogennych pod względem zaburzeń z uwagi na odmienność problematyki i rodzaju zgłaszanych problemów czy też większą możliwość realizacji celów terapii dotyczących zdobywania różnych społecznych doświadczeń. Zmniejszeniu lęku przed publicznym zabieraniem głosu i ograniczeniu porzucania terapii, i co najważniejsze, utrzymaniu „potencjału terapeutycznego”, służy tworzenie grup heterogennych z enklawami homogenicznymi — opartych na zasadzie „arki Noego” — z udziałem np. dwóch osób starszych — dwóch młodszych, dwóch żyjących w separacji małżeńskiej — dwóch po rozwodzie, dwóch z zaburzeniami zachowania — dwóch z zaburzeniami emocjonalnymi itp. Redukcji lęku przed mówieniem może też sprzyjać unikanie zbyt dużych różnic dotyczących wieku pacjentów, przyjmując takie przedziały, jak: dzieci, okres dorastania do 18.–19. roku życia i od 19.–20. roku życia, a także konstruowanie grup względnie jednorodnych z uwagi na diagnozę (uzależnienia lub zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i schorzenia „psychosomatyczne”) [24].

### Sposób zorganizowania grupy

Nie bez znaczenia dla doznawania lęku przed mówieniem i przedwczesnego porzucania terapii jest forma zorganizowania grupy — otwarta, półotwarta lub zamknięta. Według B. Tryjarskiej [5, s. 21]: „Grupy zamknięte pracują w tym samym składzie uczestników przez cały czas psychoterapii, który jest zwykle z góry określony. Nie są do nich włączani nowi pacjenci [...]. Grupami otwartymi są takie, do których włączani są nowi uczestnicy, a wypisywani ci, którzy ukończyli terapię. Ich skład osobowy jest zatem zmienny”. Natomiast grupy półotwarte to takie, „w których pacjenci opuszczają je wtedy, gdy nie potrzebują już wsparcia terapeutycznego i ich miejsce zajmują nowi uczestnicy” [5, s. 22].

Wyraźnie najmniej korzystna jest grupa otwarta, gdyż jej członkowie dużo powszechniej stronią od publicznego zabierania głosu i częściej zbyt szybko rezygnują z terapii niż pacjenci z grup zamkniętych.

Przepuszczalnie doznawanie niższego lęku przed mówieniem w grupie zamkniętej wynika z tego, że praca w nich jest bardziej intensywna, przeżycia uczestników głębsze oraz większe jest także poczucie odpowiedzialności. Co więcej, wszyscy pacjenci razem przechodzą przez kolejne fazy rozwoju dynamiki grupy — „orientacji i zależności”, „konfliktu i buntu”, „spójności i współpracy”. Zmniejszaniu nieśmiałości komunikacyjnej — a tym samym zapobieganiu opuszczaniu terapii u członków grup zamkniętych, sprzyja także większe emocjonalne zaangażowanie terapeutów i gotowość do stosowania (ryzykowania czy próbowania) różnorodnych form pracy niż te w grupach otwartych [32]. Kompromisowym wyjściem jest prowadzenie terapii w grupach półotwartych, zdają się



$\chi^2 = 18,116 > 13,277$  dla  $p = 0,01$  i dla  $df = 4$

Ryc. 5. Forma zorganizowania grupy terapeutycznej a porzucanie terapii grupowej.

one bowiem bardziej ośmielać do zabierania głosu niż grupy otwarte, tym samym mniej narażają uczestników na przedwczesne porzucenie terapii.

### Fobia społeczna

Pewnym potwierdzeniem silnego związku pomiędzy lękiem przed mówieniem a przerwaniem terapii jest istotność tej korelacji u pacjentów z rozpoznaną fobią społeczną. Charakterystycznym objawem tego zaburzenia, zgodnie z ICD-10, są obawy przed oceną przez inne osoby skupione w stosunkowo małych grupach, prowadzące do unikania kontaktów „twarzą w twarz”, wystąpień publicznych i innych form eksponowania siebie. Stronienie od innych ludzi jest często bardzo widoczne, a w skrajnych sytuacjach może prowadzić do całkowitej izolacji społecznej [36].

Członkowie grupy z wyraźnymi objawami fobii społecznej w zdecydowanej większości (78,3%) porzucili terapię grupową zaledwie po 5–6 sesjach. Okazało się przy tym, że prawie wszyscy z nich (98,5%) oceniali siebie jako doznających wysokiego lęku przed mówieniem na forum grupy. Ponadto dostrzeżono, że zdecydowanie później dopuszczali się oni przedwczesnego zaniechania terapii w grupach liczniejszych (11–12-osobowych) niż w mniejszych liczebnie (6–7-osobowych). Obserwacje zachowań tych samych pacjentów (dwukrotnie porzucających terapię) w różnych liczebnie grupach wykazały, że byli zdecydowanie mniej skory do zabierania głosu w grupach liczniejszych (11–12-osobowych).



Co więcej, sami badani wyrażali podobne opinie, odpowiadając na pytanie zawarte w kwestionariuszu: „Czy liczebność grupy terapeutycznej ma dla Pani/Pana znaczenie, by publicznie zabierać głos?”. Zdecydowana większość (81,3%) przyznała, że większe obawy rodzi mówienie w liczniejszym gronie. Skąd zatem te rozbieżności? Bardziej „lękotwórcze komunikacyjnie” były ich zdaniem grupy liczebniejsze, a dużo później zdecydowali się w nich na samowolne porzucenie terapii. Przypuszczalnie „tłumniejsze” grupy umożliwiały im zachowanie nieco większej anonimowości i nie tak częstą, jak w grupach małych, konieczność publicznego zabierania głosu. Po prostu w tłumie łatwiej się ukryć i ustrzec przed bezpośrednimi kontaktami z innymi. Oznacza to, że pracując z pacjentami z rozpoznaną fobią społeczną warto tworzyć mniej liczebne grupy terapeutyczne, by ośmielić ich do zabierania głosu, mimo że niesie to większe ryzyko przedwczesnego zaniechania terapii. Lecz wiedza terapeuty o takich prawidłowościach może ułatwić mu podjęcie stosownych interwencji czy działań profilaktycznych zapobiegających porzuceniu grupy [9].

Pacjenci z fobią społeczną dużo lepiej czuli się w grupach otwartych niż w zamkniętych. W konsekwencji też bardziej systematycznie brali udział w sesjach takich grup i wyraźnie później (po 50–75% sesji) zdecydowali się na drop-out niż w grupach zamkniętych. Charakterystyczna dla grup otwartych wymiana członków, pojawianie się nowych twarzy okazały się sprzyjać ich skłonnościom do unikania bardziej bezpośrednich relacji czy bliższych więzi. Przypuszczalnie umożliwiało im to też rzadsze zabieranie głosu na forum grupy na rzecz nowo przybyłych pacjentów, a tym samym zachowanie większej anonimowości.

### **Introwersja-ekstrawersja**

Niewątpliwie uczestnictwo w grupie terapeutycznej stwarza doskonałe warunki do rozwijania podstawowych umiejętności społecznych i interpersonalnego uczenia się poprzez okazywanie emocji, wymianę poglądów czy konfrontacji zachowań i postaw. Choć większość członków grupy terapeutycznej zdaje się najwięcej uzyskiwać dla swojego rozwoju emocjonalnego, wchodząc w relacje ze współpacjentami, to jednak zakres, w jakim korzystają z tego, jest różny. Z prezentowanych tu efektów badań dość wyraźnie wynika, że zależy to od poziomu odczuwanego lęku przed publicznym zabieraniem głosu i wynikającej z niego lokalizacji kontroli — wewnętrznej (introwersji) lub zewnętrznej (ekstrawersji). Okazało się, że osobami najwięcej zyskującymi z udziału w terapii grupowej były te, które doznawały niskiego lęku przed mówieniem i były zarazem ekstrawertykami, co sprawiało, że szybko uczyły się pod wpływem interpersonalnych kontaktów czy społecznej wymiany, zachęt, a nawet dopuszczalnej presji. Z kolei osoby doznające wysokiego lęku przed publicznym zabieraniem głosu i introwertyczne, bardzo skoncentrowane na funkcjonowaniu intrapsychoicznym, czyniły zdecydowanie mniejsze postępy w interpersonalnym uczeniu się i w ogóle w terapii, a także wyraźnie częściej przerywały leczenie po pierwszych kilku sesjach [37].

Wnioski z prezentowanego badania mają jednak pewne ograniczenia: nie dysponujemy w obecnym badaniu danymi z innych podejść terapeutycznych, z terapii grupowej o takiej samej (30 sesji) lub większej intensywności lub o innym procesie kwalifikacji przed jej rozpoczęciem. Większość grupy badanej stanowiły osoby w wieku 36–41 lat, ze średnim wykształceniem. Przedwczesne porzucanie terapii zależy niewątpliwie od wielu różnorod-

nych czynników, takich jak: doświadczenie terapeutów w prowadzeniu grup terapeutycznych, współwystępowanie innych zaburzeń, dopasowanie pacjent–terapeuta, optymalne ukształtowanie przymierza terapeutycznego itd. Dlatego konieczne jest prowadzenie dalszych badań nad przyczynami przedwczesnej rezygnacji z leczenia, weryfikowanych przy użyciu różnych metod, technik i narzędzi badawczych.

### **Wnioski i zalecenia**

Zbyt wczesne zaniechanie terapii grupowej z powodu doznawania wysokiego lęku przed publicznym zabieraniem głosu, przed 5.–6. sesją, to często konsekwencja niewłaściwego doboru składu grupy, formy jej zorganizowania i liczebności. Z tych trzech czynników największe znaczenie zdaje się mieć nieodpowiednia struktura grupy terapeutycznej. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy w grupie są pojedynczy pacjenci znacznie odbiegający rodzajem choroby, nasileniem objawów czy rodzajem doświadczeń społecznych od pozostałych członków grupy. Pacjent z fobią społeczną, jedyny transwestyta, a także jeden rozwodnik, pojedyncza osoba bez wyższego wykształcenia mogą nabrać przekonania, że zarówno ich багаż doświadczeń intrapsychicznych, jak i doświadczeń społecznych całkowicie różnią się od innych członków grupy. Uczestnicy odbiegający od reszty mogą mieć problemy z mówieniem na forum grupy o swoich odczuciach, przekonaniach czy poglądach, z ujawnieniem istotnych faktów z życia, sądząc, że nikt nie jest w stanie ich zrozumieć. Mogą oni rezygnować z dalszego udziału w terapii, podważając tę formę leczenia, mimo że w grupie o nieco innym składzie mogliby się znakomicie odnaleźć i czynić zadowalające postępy.

Porzucanie terapii jest niewątpliwie zjawiskiem ze wszech miar niekorzystnym z uwagi na przebieg terapii w grupie, a także możliwość kontynuowania leczenia pacjentów, którzy samowolnie odeszli z terapii grupowej przed osiągnięciem poprawy. Struktura grupy ma znaczenie nie tylko dla zmniejszania lęku przed mówieniem i przeciwdziałania odchodzeniu pacjentów, lecz także dla skutecznego rozwoju grupy, a tym samym efektywności oddziaływań. Z wielu badań nad terapią grupową wynika, że grupy złożone z osób ujawniających podobieństwo interpersonalne są bardziej spójne. Członkowie grup o mniejszej spójności powszechniej mówią o mniejszym zadowoleniu z udziału w terapii, w porównaniu z pacjentami z grup spójnych, i przejawiają większe skłonności do przedwczesnego jej zaniechania. Oprócz tego podobieństwo interpersonalne okazało się ważniejszym czynnikiem sprzyjającym kohezji grupy niż wpływ terapeuty. Aczkolwiek udział terapeuty w tworzeniu spójności grupy jest ogromny, choćby poprzez odpowiednie interwencje terapeutyczne oraz okazywaną empatię, ciepło i autentyczność [5, 9]. Empirycznie potwierdzono także korelację pomiędzy podobieństwem interpersonalnym a atrakcyjnością interpersonalną i chęcią do aktywnego udziału w grupie. Przy czym czynnikami służącymi odpowiedniemu zaangażowaniu się w pracę grupy są: stopień zaburzenia, umysłowe i emocjonalne zasoby oraz podobieństwo członków grupy. W efekcie też mają one znaczenie w jednostronnym podejmowaniu przez pacjentów decyzji o zakończeniu terapii przed wypełnieniem się ustaleń kontraktu [38].

Z praktyki terapeutycznej niezbiecie wynika, że członkowie z grup spójnych dużo rzadziej opuszczają sesje, w większości kończą terapię (nie dopuszczają się drop-outu),

a osiągnięta w ten sposób stabilność grupy ma fundamentalne znaczenie dla pomyślnego zakończenia leczenia. Zbyt wczesne porzucanie terapii po 5–6 spotkaniach nawet przez jednego lub dwóch członków, może znacznie wydłużyć czas uzyskania spójności grupy. Jest to bardzo niekorzystne z uwagi na to, że osiągnięta jak najwcześniej (nawet już na szóstej sesji) jest dobrym prognostykiem czy wskaźnikiem pomyślnego przebiegu terapii [39].

Zarówno z analizy literatury, jak i badań własnych dość wyraźnie wynika, że środkiem zaradczym przedwczesnego przerywania terapii jest przygotowanie pacjentów do udziału w terapii grupowej [40]. Członkowie grupy, którzy po raz pierwszy biorą udział w takiej zespołowej terapii, zwykle mają wobec niej niewłaściwe oczekiwania. Przypuszczają, że terapeuta zrobi jedną z trzech rzeczy: (1) powie im, że to oni mają rację, a inni są w błędzie, (2) wypowie magiczne zaklęcie, rozsypie mający tajemną moc proszki i obwieści im, że zostali uzdrowieni, (3) wykona za nich całą pracę [41].

Innym środkiem zaradczym jest intensywne śledzenie zachowań wszystkich członków grupy podczas pierwszych kilku sesji, a w przypadku grup zamkniętych — w fazie „orientacji i zależności” oraz z uwzględnieniem pełnionych ról grupowych (zwłaszcza „kozła ofiarnego” i „autsajdera”), a przede wszystkim w fazie „konfliktu i buntu”. Dość często bowiem członkowie grupy terapeutycznej nie wytrzymują zbyt napiętej i nieprzyjemnej atmosfery panującej właśnie w tej fazie. Tym bardziej że we wstępnym okresie terapii dolegliwości mogą się nasilać. Niektórzy wtedy uskarżają się na nagłe problemy ze snem, na częstsze niż uprzednio pojawianie się napadowych bólów głowy, na ogólne obniżenie się dobrego samopoczucia itp. Wzrost objawów chorobowych może wówczas spotęgować zarówno formy sprzeciwu, jak i skutkować przedwczesnym opuszczeniem grupy [42].

Szczególnej troski czy ochrony wymagają członkowie grupy „wyznaczeni” do roli „kozłów ofiarnych”. Ta rola z perspektywy indywidualnej jest często przeżywana patologicznie — chociaż może wspomagać proces rozwoju grupy poprzez uporanie się z poczuciem winy i agresją, lecz u pełniącego taką rolę pacjenta może zbiegać się z podobnymi doświadczeniami w rodzinie i wyzwać zachowania typu acting-out. „Kozioł ofiarny” bywa na początku obciążony nieuzasadnionymi oskarżeniami członków grupy, następnie atakowany, potem lekceważony i izolowany, i w efekcie nacisk współpacjentów może spowodować jego odejście z grupy terapeutycznej. Niektóre osoby są podatniejsze na stawianie się „kozłami ofiarnymi” — wyróżniając się odmiernością od pozostałych członków grupy (np. wiekiem, pochodzeniem, intelektem itp.) albo trudnościami w okazywaniu emocji, złości i winy [26]. W podejściu analitycznym zaleca się, aby psychoterapeuta zachował cierpliwość i zaniechał działań zapobiegawczych, takich jak upominanie grupy bądź ochrona pacjenta przez ułatwianie mu dokonania wglądu w przyczyny wchodzenia w rolę „kozła ofiarnego” [43]. Odpowiednia interwencja, oprócz działań zapewniających poczucie bezpieczeństwa, powinna uzmysłowić członkom grupy, jak duże znaczenie ma rola takiego pacjenta dla grupy jako całości, a każdemu z osobna jej członkowi — co w rzeczywistości projektuje na „kozła ofiarnego” [44].

Członkowie grupy terapeutycznej, którzy doznają dużego lęku przed publicznym zabieraniem głosu, mogą dużo zrobić, żeby go zredukować i w efekcie poczuć się pewniej oraz swobodniej w grupie terapeutycznej. Wymaga to jednak pewnego wysiłku, jak choćby pracy nad głosem, oddechem i elementami komunikacji niewerbalnej. Równie ważne jest uzmysłowienie sobie, z czego tak naprawdę wynika nieśmiałość komunikacyjna i z jakimi

trudnościami trzeba byłoby się zmierzyć nawet wtedy, gdy byłoby się wytrawnym mówcą. Tak samo istotne jest uświadomienie sobie, że stan pobudzenia i zdenerwowania, który pojawia się tuż przed i w trakcie mówienia na forum grupy terapeutycznej, jest całkowicie naturalny i doświadczają go nawet najbardziej wyrobieni oratorzy. Na terapeutę spoczywa zadanie uzmysłowienia pacjentom, że dawka adrenaliny, jaką uzyskują, doznając umiarkowanego stresu, ma dobroczynny wpływ na zmniejszanie odczuwanego lęku komunikacyjnego, gdyż sprawia, że zaczyna się myśleć bardziej rzeczowo.

Pacjentów bardziej podatnych na lęk przed mówieniem warto zachęcić do udziału w specjalistycznych behawioralnych treningach umiejętności komunikacyjnych. W ich ramach mogą znacznie rozwinąć umiejętności lepszej autoprezentacji, nauczyć się technik wzbudzania zainteresowania i utrzymywania uwagi słuchaczy, języka perswazji, racjonalnego argumentowania, a także poznawania struktury i porządku publicznego wystąpienia. Bardzo skuteczne są ćwiczenia oparte na technikach grania ról, dramy i z wykorzystaniem kamery. Dobry efekt daje także uczenie się osiągania stanu zrelaksowania i odprężenia. Pożądany efekt może przynieść stosowanie wielu technik terapii behawioralnej (zwłaszcza treningu asertywności i umiejętności społecznych) oraz procedur opartych na podejściu interakcyjnym (terapia zaburzeń komunikowania się, analiza transakcyjna czy trening komunikowania niewerbalnego). Oczywiście konsekwencją doznawania wysokiego lęku przed publicznym zabieraniem głosu jest uporczywe milczenie lub lakoniczne odpowiedzi typu: „Tak”, „Nie”, „Czasami”, „Mniej więcej”, „Nie pamiętam”, „Nie wiem”, „To bez różnicy”, „Tak myślę”, „Zapomniałem”, „W pewnym sensie”, „Nie obchodzi mnie to”. Prawie w każdej grupie terapeutycznej można spotkać pacjentów, którzy potrafią umiejętnie unikać wchodzenia w jakiegokolwiek interakcje, zachowując duży dystans, ujawniając obojętność i brak zaangażowania, mimo usilnych zabiegów zaradczych terapeutów.

Zanim jednak terapeuta zacznie „ośmielać” małomównych czy milczących członków grupy, powinien upewnić się, jakie są ewentualne tego przyczyny. Milczenie bowiem ma praktycznie niepoliczalną liczbę znaczeń. Znaczenie małomówności, podobnie jak znaczenie słów, można ustalić dopiero po bliższym przyjrzeniu się uczestnikom rozmowy, po dokładniejszej analizie tematu dyskusji, miejsca konwersacji, czasu jej trwania itd. W relacji terapeutycznej małomówność może być oznaką oporu w terapii czy ukrytą zapowiedzią zaniechania udziału w leczeniu [9].

Skuteczna w pracy z nieśmiałymi komunikacyjnie i w efekcie milczącymi członkami grupy terapeutycznej może okazać się zmiana sztywnych czy zbyt formalnych form komunikacji interpersonalnej przez zaproponowanie czytelnej gry, dzięki której pacjenci mogą zacząć śmiać się z samych siebie i stać się bardziej otwarci. Na przykład: „Zadam Panu serię pytań, a Panu nie będzie wolno odezwać się nawet słowem. Niech Pan kiwa tylko głową, kiedy usłyszysz Pan pytanie i wzrusza ramionami, gdy nie będzie Pan wiedział, jak odpowiedzieć”. Zaprezentowane propozycje możliwych reakcji terapeuty należy stosować wymiennie, a wybór określonego zachowania wymaga dokładnej analizy sytuacji „tu i teraz” w grupie z uwzględnieniem świata wewnętrznych przeżyć pacjenta.

Olbrzymie znaczenie dla zmniejszania lęku przed mówieniem u niektórych członków grupy terapeutycznej ma akceptowanie zarówno przez terapeutę, jak i innych uczestników popelnianych przez nich błędów podczas wypowiedzania się (traktowanie ich jako czegoś

normalnego, nienaśmiewanie się z przejęzyczeń, zacinania czy jąkania się) i zapewnienie im odpowiedniego czasu na relaks (odprężenie psychiczne i fizyczne) podczas sesji, a także dbałość terapeuty o odpowiednią atmosferę. Dotyczy to zwłaszcza stworzenia właściwych warunków do szerokiego stosowania czynników leczących, składających się na oddziaływanie grupy terapeutycznej — a przede wszystkim dzielenia się informacjami, interpersonalnego uczenia się, spójności grupowej, naśladowania innych i kształtowania umiejętności społecznych [6]. Łącznie może to spowodować wyraźne zredukowanie lęku przed mówieniem i tym samym zmniejszyć ryzyko przedwczesnego porzucania terapii przez pacjentów małomównych czy unikających zabierania głosu na forum grupy terapeutycznej.

### Piśmiennictwo

1. Bourhis J, Allen M. Meta-analysis of the relationship between communication apprehension and cognitive performance. *Communication Education* 1992; 41: 68–76.
2. Kottler JA. *Opór w terapii. Jak pracować z trudnym klientem?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
3. Sala P, Marchewka D, Simon W. Porzucenie leczenia (drop-out) w trakcie psychoterapii zaburzeń odżywiania. *Psychoter.* 2002; 1: 33–39.
4. Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment a critical review. *Psychol. Bull.* 1975; 82: 738–783.
5. Grzesiuk L. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteja; 2006.
6. Eskildsen A, Hougaard E, Rosenberg NK. Pre-treatment patient variables as predictors of drop-out and treatment outcome in cognitive behavioural therapy for social phobia: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry* 2010; 64, 2: 94–105.
7. Thormählen B, Weinryb RM, Norén K, Vinnars B, Bagedahl-Strindlund M. Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychother. Res.* 2003; 13, 4: 493–509.
8. Keijsers GPJ, Kampman M, Hoogduin CAL. Drop-out prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behavior Therapy* 2001; 32, 4: 739–749.
9. Yalom I, Leszcz M. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
10. Hummelen B, Wilberg T, Karterud S. Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.* 2007; 57, 1: 67–91.
11. Macnair RR, Corazzini JG. Client factors influencing group-therapy dropout. *Psychotherapy* 1994; 31, 2: 352–362.
12. Ong JC, Kuo TF, Manber R. Who is at risk for dropout from group cognitive-behavior therapy for insomnia? *Journal of Psychosomatic Research* 2008; 64, 4: 419–425.
13. Kofoed L, Kania J, Walsh T, Atkinson RM. Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. *Am. J. Psychiatry* 1986; 143: 867–872.
14. Bados A, Balaguer G, Saldana C. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology* 2007; 63, 6: 585–592.
15. Berghofer G, Schmidl F, Rudas S, Steiner E, Schmitz M. Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37, 6: 276–282.

16. Davis S, Hooke GR, Page AC. Identifying and targeting predictors of drop-out from group cognitive behaviour therapy. *Australian Journal of Psychology* 2006; 58, 1: 48–56.
17. Issakidis C, Andrews G. Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 109, 6: 426–433.
18. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. Treatment compliance among patients with personality disorders receiving group psychotherapy: What are the roles of interpersonal distress and cohesion? *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes* 2006; 69, 3: 249–261.
19. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. Profil objawów pacjentów, którzy przerwali psychoterapię kompleksową w dziennym oddziale nerwic. Badanie retrospektywne. *Psychiatria i Psychoterapia* 2013; 9, 4: 14–30.
20. Keijsers GPJ, Kampman M, Hoogduin CAL. Dropout prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behavior Therapy* 2001; 32, 4: 739–749.
21. Schaeffer JA, Kaiser EM. A structured approach to processing clients' unilateral termination decisions. *Am. J. Psychother.* 2013; 67(2): 165–183.
22. Arnow BA, Blasey C, Manber R, Constantino MJ, Markowitz JC, Klein DN. Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *J. Affect. Disord.* 2007; 97(1–3): 197–202.
23. de Barbaro B, Zielińska E, Grabowski G, Budzyna-Dawidowski P. Drop-out w terapii rodzin. Badania własne. *Psychoter.* 2003; 4(127): 21–33.
24. Aleksandrowicz JW. *Psychoterapia medyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1996.
25. Rakowska J. *Skuteczność psychoterapii, przegląd badań*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar; 2005.
26. Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: a critical review. *Psychol. Bull.* 1975; 82(5): 738–783.
27. Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy drop out. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 1993; 2: 190–195.
28. Cyranka K, Rutkowski K, Mielimąka M, Sobański JA, Smiatek-Mazgaj B, Klasa K i wsp. Zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości w wyniku psychoterapii grupowej z elementami psychoterapii indywidualnej u osób u zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości — MMPI-2. *Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST* 2015; 15 (1-22). [http://www.psychiatriapolska.pl/online\\_first.html](http://www.psychiatriapolska.pl/online_first.html)
29. Mazgaj D, Stolarska D. Model terapii nerwic na oddziale dziennym. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28(4): 421–430.
30. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E. i wsp. Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1): 29–48.
31. Gajowy M, Marchewka D, Sala P, Simon W. Analiza przyczyn przerywania psychoterapii grupowej w aspekcie czynników dotyczących pacjenta. *Psychoter.* 2004; 2(129): 47–57.
32. Gajowy M. Analiza zjawiska przerywania psychoterapii grupowej w Klinice Nerwic z perspektywy pacjenta. Warszawa: IPiN; 2006.
33. Kohut H. *How does analysis cure?* Chicago: The University of Chicago Press; 1984.
34. Kratochvil S. *Podstawy psychoterapii*. Poznań: Zysk i S-ka; 2003.
35. Bernard HS, MacKenzie KR. *Podstawy terapii grupowej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
36. Aleksandrowicz JW. *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.



37. Palmer JA. *Primer of eclectic psychotherapy*. Monterey: Brooks/Cole Publishing Company;1980.
38. Bednar RL, Lawlis GF. Empirical research in group psychotherapy. W: Bergin AE, Garfield SL, red. *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis*. New York: J. Wiley and Sons; 1971, s. 812–838.
39. Yalom ID. *The gift of therapy*. New York: Harper Collins Publishers; 2002.
40. Burlingame GM, Fuhrmann A. Time limited group therapy. *The Counseling Psychologist* 1990; 18: 93–118.
41. Oyster CK. *Grupy*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo; 2002.
42. Strojnowski J. *Psychoterapia. Poradnik dla osób, które chcą się odnaleźć oraz dla ich terapeutów*. Wrocław: Arboretum; 1998.
43. Gajowy M, Mikułowicz D, Sala P, Simon W. Przedwczesne przerywanie terapii grupowej — specyfika zjawiska i sugestie jego ograniczenia. *Psychoter.* 2010; 2(153): 33–48.
44. Pawlik J, red. *Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe*. Warszawa: Eneteia; 2008.

Adres: sikorski@uni.opole.pl