

Monika Żwirska, Anna Stasik-Kozicka

OSOBISTE DOŚWIADCZENIA TERAPEUTÓW W PROWADZENIU DŁUGOTERMINOWEJ GRUPY DLA PACJENTÓW PSYCHOTYCZNYCH¹

PERSONAL EXPERIENCES OF THERAPISTS IN CONDUCTING LONG-TERM GROUP MEETINGS FOR PSYCHOTIC PATIENTS

Pracownia Psychoterapii i Badań nad Psychozami Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Psychiatrii
i Opieki Środowiskowej

**schizophrenic psychoses
group psychotherapy
therapists' experiences
group process**

Autorki artykułu przedstawiają w nim równoległy proces toczący się z jednej strony między uczestnikami 2-letniej grupy młodych ludzi po kryzysach psychiatrycznych, a z drugiej, w samych koterapeutkach budujących i prowadzących tą grupę. Opisują nam przejawiające się „prymitywne” mechanizmy obronne odpowiadające za te procesy, jak np. idealizacja i dewaluacja, jak i odnoszone korzyści dla uczestników obu stron tego trudnego doświadczenia.

Summary: In this report, the authors attempt to describe the specificity of the long-term group psychotherapy they have been conducting for students who had experienced psychotic crises. This specificity will be addressed in terms of therapists' emotions that have accompanied them during this group process, as well as their reflections on goals, motivation, benefits and hardships that are inherent, resulting from participation in such a group, both for patients and for therapists. This report also includes a reflection concerning the precisely determined beginning and end of a group process. The role and meaning of parting with the group will be discussed, as well as problems, feelings and reflections which are specific to this group of patients. The experience of being part of such a specific group will be considered as an element of a broader therapeutic context, which is a community treatment system in Kraków for people with diagnosis of a non-affective psychosis.

Wprowadzenie

Grupę terapeutyczną dla młodych pacjentów po kryzysach psychiatrycznych, którą opisujemy w niniejszej pracy, prowadziłyśmy w ramach krakowskiego środowiskowego programu leczenia i rehabilitacji schizofrenii. Program ten był obszernie opisywany przez Cechnickiego [1, 2], Cichockiego [3], Bielańską [4], Kalisz [5]. Psychoterapia grupowa jest jednym z kluczowych elementów tego programu, obok psychoterapii indywidualnej, wraz z umiejętnie prowadzoną farmakoterapią i współpracą z rodziną.

W piśmiennictwie możemy odnaleźć wiele odniesień do znaczenia i wagi psychoterapii grupowej w procesie leczenia schizofrenii. Urlic [6] uważa, że grupa jest matrycą do

¹Praca powstała w Krakowskiej Grupie Badawczej nad Przebiegiem Schizofrenii

tworzenia więzi i interakcji społecznych, a także porządkowania własnych myśli, przeżyć i wewnętrznego świata pacjentów psychotycznych. Buduje bezpieczne i wspierające środowisko rozwoju. Jest niezbędnym elementem całościowego programu leczenia. Podobne wnioski można wysnuć po zapoznaniu się z książką J. Zadeckiego [7], który szczegółowo opisał przeżycia i doświadczenia pacjentów podczas rozwijającego się procesu psychotycznego. Autor zwraca uwagę na kryzys w spójnym doświadczaniu ja, problemy pacjentów z budowaniem autentycznego obrazu siebie. Wydaje się, że w związku z tym doświadczenie bycia w grupie, która poprzez interakcję uczestników pomaga zrozumieć i nadać sens przeżyciom psychotycznym, jest kluczowe dla stopniowego odzyskiwania integralności pofragmentowanego obrazu siebie. Cechnicki [1] pisze, że psychoterapia grupowa pomaga w budowaniu nieprzeżytego we wcześniejszej historii życia obszaru doświadczeń, spełnia rolę tzw. rzeczywistości pośredniczącej, pozwala rozwinąć umiejętności ułatwiające funkcjonowanie w realnych interakcjach społecznych. Yalom [8] nazywa grupę bezpiecznym środowiskiem naprawczym umożliwiającym wymianę pomiędzy uczestnikami. Namysłowska [9] podkreśla wagę środowiska terapeutycznego w procesie leczenia schizofrenii. Według niej poprzez opiekuńczy, ciepły, wspierający klimat pomaga ono pacjentowi w zmianie dotychczasowej percepcji relacji społecznych z zagrażających na akceptujące i pomagające. Znajduje tutaj podobieństwa z poglądami między innymi Kepińskiego, Winnicotta i Biona.

Bion [10] twierdzi, że grupa terapeutyczna stymuluje intensywną pracę poznawczą nad problemami, z jakimi pacjenci zmagają się indywidualnie. Dzięki takiej pracy w grupie mają oni szansę na znaczne poszerzenie swoich możliwości. Ulgę członkom grupy przynosi również fakt, że ich indywidualne problemy stają się problemami całej grupy. Prot i Murawiec [11] wskazują, że terapia grupowa może być szczególnie użyteczna dla pacjentów z tendencją do izolowania się, bowiem stworzenie społecznej sieci przyczynia się do ich lepszego funkcjonowania w relacjach międzyludzkich. Autorzy zwracają również uwagę na fakt, że uczestnictwo w psychoterapii grupowej umożliwia im nabywanie nowych umiejętności i strategii radzenia sobie z wieloma zadaniami. Kalisz [5] uważa, że psychoterapia grupowa pacjentów psychotycznych ułatwia im rozwój umiejętności społecznych poprzez doświadczenie tzw. lustra społecznego, a poczucie bycia ważnym członkiem grupy ma szczególne znaczenie dla tych osób, które do tej pory pozostawały w dużej izolacji. Zadecki [7] wskazuje, że u pacjentów w kryzysie psychotycznym „niemożności porozumienia się z innymi ludźmi towarzyszy przeświadczenie o swojej obcości w środowisku społecznym” [7, str. 154]. Podobnie Rutan i Stone [12] piszą o grupie terapeutycznej jako ważnym środku pomocnym w odbudowywaniu pofragmentowanej zdolności do tworzenia relacji, co jest jednym z najistotniejszych obszarów psychoterapii psychoz.

Rola psychoterapii grupowej w programie krakowskim

Zespół, w którym pracujemy, stworzył system instytucji powiązany bliskimi personalnymi więziami, wspólnym rozumieniem tego, co istotne, i wspólnym planem terapeutycznym. Piętnaście instytucji w środowisku zapewniających ciągłość i stabilność relacji to zintegrowany, kompleksowy psychoterapeutyczny, rehabilitacyjny i zawodowy program dla pacjentów chorujących na psychozy schizofreniczne i ich rodzin.

We wszystkich połączonych w sieć instytucjach, obok opieki, wsparcia i poradnictwa, rozwinięto podobne formy psychoterapii psychoz: indywidualną, grupową, terapię rodzin, a także takich społecznych interwencji, jak: społeczność terapeutyczna, psychoedukacja i treningi społecznych i zawodowych kompetencji. Opisywany zorganizowany proces grupowy przebiegał w jednej z wielu grup psychoterapeutycznych prowadzonych w Ambulatorium Terapii i Rehabilitacji Psychoz.

Zasady, cele i założenia grupy ambulatoryjnej

Potrzeba utworzenia długoterminowej grupy terapeutycznej dla młodych pacjentów po kryzysach psychotycznych rodziła się wraz z naszym dojrzewaniem jako młodych terapeutek. W naszym programie ambulatoryjnym dla osób z doświadczeniem psychozy istniała wcześniej grupa studencka o wspierającym charakterze. Była grupą otwartą, bez jasno określonego terminu zakończenia. Miała stałą strukturę; rozpoczynała się od dzielenia się przeżyciami z ostatniego tygodnia przez każdego uczestnika. Z tych informacji uczestnicy wybierali najważniejszy dla nich temat rozmowy. Spotkania odbywały się cyklicznie każdego roku akademickiego (od października do czerwca z trzymiesięczną przerwą wakacyjną).

Przekształcenie wyżej opisanej grupy w dwuletnią, zamkniętą grupę terapeutyczną, zorientowaną bardziej na uczucia i problemy, wiązało się z naszą chęcią sprawdzenia, jak, zarówno my terapeutki, jak i pacjenci po kryzysach psychotycznych, będziemy funkcjonować w takiej długoterminowej grupie o ustalonym terminie zakończenia. Zakładałyśmy, że dzięki temu pacjenci będą mogli pracować głębiej, podjąć tematykę zbliżania się do siebie i rozstawania. Ważne dla nas było, by prowadzona grupa miała charakter nie tylko wspierający, ale była przede wszystkim grupą terapeutyczną z elementami psychodynamicznymi, które rozumiałyśmy jako mniejszą dyrektywność terapeutek i pozostawianie przestrzeni na wolno płynącą, swobodną dyskusję pacjentów [6]. Podobnie jak Martindale [13], założyłyśmy, że przyjęcie pewnych elementów perspektywy psychodynamicznej będzie dla naszych pacjentów szczególnie przydatne w rozpoznawaniu podłoża psychologicznych czynników, które przyczyniły się do rozwoju podatności na stres. Za Prot i Murawcem [11] przyjęłyśmy, że „psychodynamicznie zorientowana relacja terapeutyczna nie jest równoważna z techniką psychoterapeutyczną, oznacza natomiast przykładanie specjalnej wagi do zjawisk, takich jak holding, empatyczne odzwierciedlenie, kontenerowanie” [11, str. 33].

Koncepcja poprowadzenia grupy wynikała też z rozwijającej się współpracy i relacji między nami, podobnego podejścia terapeutycznego oraz chęci stworzenia czegoś wspólnego. Można więc powiedzieć, że grupa stała się etapem naszego rozwoju zawodowego, ale również poszerzania osobistych doświadczeń.

Szumiał [14] pisze, że „celem psychoterapii grupowej (pacjentów psychotycznych) jest poszerzenie zdolności testowania rzeczywistości, zmiana stosowanych obron oraz poprawa zdolności nawiązywania i utrzymywania relacji z ludźmi” [14, str. 50]. Podobnie jak autor założyłyśmy, że celami naszej psychoterapii grupowej będą: utworzenie bezpiecznej, realistycznej więzi, uzyskanie wglądu w przeżycia chorobowe, obserwacja dotychczasowych sposobów radzenia sobie, dostrzeżenie sposobów niefunkcjonalnych

i próba ich zmiany. Ponadto celem było poznanie znaczenia czynników obciążających i doprowadzających do kryzysu psychicznego, przeżycie bliskości i poradzenie sobie z lękiem przed nią, doświadczenie rozstania, a także konfrontacja ze światem realnym i obrazem siebie poprzez komunikację i kontakt w grupie. Zamierzeniem naszym była poprawa funkcjonowania w życiu codziennym oraz werbalizacja problemów, emocji i potrzeb pacjentów. Cele te są zgodne z tymi, o których pisze Foulkes [za: 6]. Rozważania niniejsze można podsumować używając za Murzyn i wsp. [15] pojęcia „korektywnego doświadczenia”, co według autorów jest jednym z podstawowych celów psychoterapii zorientowanej psychodynamicznie.

Naszym założeniem było utworzenie grupy terapeutycznej dla około 10 młodych osób z diagnozą psychozy, studiujących lub uczących się w szkołach policealnych. Przyjęcie do grupy poprzedzała rozmowa kwalifikacyjna, w której pytałyśmy o dotychczasowe leczenie, cele do realizacji w grupie, kontakty społeczne, tematy, nad którymi osoby chciałyby pracować w grupie, oraz o dotychczasowe doświadczenie terapeutyczne. Przedstawiałyśmy formułę grupy, normy i czas jej trwania. Grupa spotykała się raz w tygodniu na półtorej godziny przez dwa lata z coroczną, miesięczną przerwą wakacyjną. Formuła spotkań była jak najmniej ustrukturowana, żeby było w niej miejsce na swobodne fantazje i skojarzenia pacjentów. W wyniku własnego niepokoju, związanego również z naszą relacją, nie do końca świadomie, same stworzyłyśmy coś na kształt bezpiecznej dla nas struktury. Prowadząc tę grupę skonfrontowałyśmy się z tym, że pojawia się wiele obszarów, których nie jesteśmy w stanie przewidzieć czy skontrolować poprzez tworzenie idealnych, własnych założeń.

W trakcie rekrutacji spotkałyśmy się z nieprzewidywanymi wcześniej trudnościami w zebraniu odpowiedniej liczby uczestników, co opóźniło rozpoczęcie psychoterapii grupowej. Powyższe trudności, a także kilka drop-outów, spowodowały, że rekrutacja przebiegała dwukrotnie, tj. druga odbyła się już po roku trwania grupy. Ta decyzja była z jednej strony spowodowana naszą chęcią ratowania istnienia grupy, ale i przekonaniem, że pacjenci, którzy dołączyli później, również będą mieli szansę, by odnieść terapeutyczną korzyść. Wydawało nam się, że nawet w tak krótkim czasie możliwe dla tych pacjentów byłoby poszerzenie kontaktów społecznych, podjęcie pracy wglądowej i pracy nad tematyką wiązania się i separacji. Problemem było również to, że przyjęłyśmy do grupy czterech uczestników poprzedniej, „wspierającej” grupy studenckiej. Przyczyniło się to do powstania stałego, silnego trzonu, który często odwoływał się do tradycji.

Refleksje nad obserwowanym procesem grupowym

Od samego początku wchodziłyśmy w grupę z trudnymi emocjami między sobą, trudno było nam przyznać, że grupa jest „nasza”, a nie każdej z nas z osobna. Analizując to teraz z perspektywy czasu, wydaje się, że wynikało to z naszej niepewności, niepokoju, wątpliwości co do swoich kompetencji jako terapeutów grupowych oraz lęku przed rywalizacją i bliskością. Zastanawiałyśmy się również, czy proponowana przez nas zmiana formuły jest adekwatna do terapii pacjentów psychotycznych. Mogło to też wynikać z faktu, że jedna z nas prowadziła kilka lat grupę studencką w poprzedniej formule, a druga dołączyła do niej później. W naszej relacji odzwierciedliło się to, co było obecne w grupie, czyli rywalizacja pomiędzy uczestnikami poprzedniej grupy i nowymi członkami, o to, do kogo

emocjonalnie grupa należy. Zjawiska te można również rozumieć jako mechanizm często występujący w grupach pacjentów głęboko zaburzonych, polegający na nieświadomym angażowaniu terapeutów w trudne emocjonalnie sytuacje, mające na celu zmniejszenie poziomu przeżywanego napięcia przez pacjentów [14].

Charakterystyczną cechą naszej grupy było to, że trudne, realne wydarzenia nakładały się na typowe dla tworzącej się grupy uczucia lęku przed zbliżeniem, pochłonięciem przez grupę, która jest tak krucha, że prawie jeszcze nie istnieje, w każdej chwili może zniknąć i rozpaść się. Wydaje nam się, że wynikiem tego były przedłużające się „narodziny” grupy i trudność z przejściem do kolejnych faz procesu grupowego oraz powtarzające się, praktycznie przez cały czas trwania grupy, odejścia uczestników. Już na drugiej sesji wycofała się jedna z uczestniczek tłumacząc to zbyt głęboką pracą nad nią — zaciekawienie jej problemami odebrała jako atak. Ponadto w trakcie pierwszych siedmiu miesięcy doszło do dwóch hospitalizacji stacjonarnych, które można zrozumieć jako acting-out (pacjenci później wrócili do grupy). Rozumiałyśmy to wszystko jako konflikt uczestników wynikający ze zbliżania się do siebie, otwierania na forum grupy, zawiązywania relacji oraz lęk przed byciem zalanim, przed przekroczeniem kruchych granic ja. Grupa stale musiała zmagać się z lękiem przed rozpadem, nie tylko ze względu na zmiany jej składu, ale też cyklicznie powtarzające się przerwy świąteczne czy wakacyjne. Opór ujawniał się poprzez badanie granic, a ciągła walka z settingiem poprzez spóźnienia, odejścia, używki, a także milczenie, przewijały się praktycznie przez cały okres procesu grupowego. Od początku grupie towarzyszyło przekonanie, że będzie zbyt intymnie i niebezpiecznie, więc lepiej uciec. Lęk przed bliskością i utratą: zdrowia psychicznego, rodziców, kompetencji, pozytywnego obrazu samego siebie, pierwotnych planów i marzeń dotyczących własnego życia były głównymi tematami. Zjawiska te są charakterystyczne dla grup osób z doświadczeniem psychozy, związanej z jednoczesnym pragnieniem bliskiej relacji i chęcią odizolowania się od niej. Urlic [6] ujmuje te zjawiska w kontekście ciągłej walki impulsów agresywnych z libidinalnymi. Namysłowska [9] również podkreśla znaczenie dylematu pomiędzy bliskością a oddaleniem w procesie psychoterapii. Dylemat ten dotyczy nie tylko pacjenta, ale w przeciwprzeniesieniu również terapeuty, który zмага się z własnymi problemami.

Użytecznym narzędziem do rozumienia zjawisk grupowych są mechanizmy obronne. Z lękiem grupa radziła sobie głównie poprzez identyfikację projekcyjną oraz rozszczepienie. Warto przypomnieć również opisany przez nas wyżej mechanizm acting-outu oraz splittingu. Szumiał [14, str. 44] pisze, że „rozszczenie ułatwia porządkowanie obrazu świata i odnalezienie się w trudnej sytuacji, choć jest to jedynie chwilowe rozwiązanie”. W naszej grupie mechanizm ten dotyczył różnych obszarów: grupa stara i nowa, oficjalna i nieoficjalna (po sesjach część uczestników grupy spotykała się nieformalnie), grupa i terapeutki, terapeutki razem i każda z osobna, terapeutki i indywidualni terapeuci uczestników, grupa a inne zajęcia uczestników. Ponadto uwidaczniało się to w emocjach grupy w stosunku do terapeutek. Uczestnicy mieli poczucie, że muszą wybierać pomiędzy nimi, gdyż można być lojalnym tylko wobec jednej lub drugiej. Jednocześnie pojawiał się też temat naprzemiennego nadawania znaczenia bądź terapii grupowej, bądź indywidualnej. Ciekawym przejawem tego mechanizmu obronnego były również regularnie podtrzymywane spotkania, które odbywały się bezpośrednio po sesjach i miały charakter towarzyski.

Opisywane tu zjawiska wydają się typowe dla pierwszego etapu psychoterapii grupowej pacjentów psychotycznych. Prot i Murawiec [11] określają to jako etap testowania terapeuty. Rozszczepienie w sposób szczególnie znaczący pokazało się w końcowym okresie grupy, gdy podzieliła się ona na dwie skrajne postawy wobec tematyki utraty.

Sposobem na poradzenie sobie z trudnymi emocjami był mechanizm idealizacji wyrażający się w marzeniu i oczekiwaniu idealnych relacji w grupie i pragnieniu omnipotencji. Widoczny był duży lęk uczestników przed wchodzeniem w konfrontację pomiędzy sobą, częsta ich nieobecność po trudnych emocjonalnie wydarzeniach w grupie, niekomentowanie tej nieobecności przez innych uczestników. Wyrażało się to również w wypowiedziach kierowanych wprost do terapeutek z oczekiwaniem, że to one zaradzą napięciu pojawiającemu się pomiędzy uczestnikami i stworzą taki klimat w grupie, w którym wszyscy uczestnicy będą czuli się tak samo dobrze. Ta nadzieja pozostawała ciągle niespełniona i grupa co jakiś czas dezintegrowała się. Szczególnie w sytuacjach, gdy ktoś odchodził, był nieobecny, gdy terapeutki nie spełniały oczekiwań grupy, gdy pojawiało się dużo milczenia i wycofanie. Podobne zjawiska zachodziły w nas terapeutkach. Uwidaczniały się trudności w akceptacji naszych ograniczeń i oczekiwań, aby w grupie nie było trudności, a pojawiły się widoczne sukcesy. Zarówno my, jak i grupa, śniłyśmy o omnipotencji, ale szybko konfrontowałyśmy się z rzeczywistością, co rodziło złość i bezradność. O podobnych emocjach przeżywanych przez terapeutów osób z diagnozą psychozy piszą Tomalski [16], Schneider [17] czy Murzyn i wsp. [15].

Interesujące zjawisko zaobserwowałyśmy w ostatniej fazie procesu grupowego, uczestnikom towarzyszyły silne emocje związane z tematyką rozstawania się. Doszło do kilku kłótni podczas sesji i konfliktu pomiędzy dwiema najaktywniejszymi uczestniczkami grupy. Konflikt ten wyrażał się również w wyraźnym podziale pomiędzy postrzeganiem siebie i rzeczywistości; jako wspaniałej i idealnej albo jako trudnej, wrogiej i zdewaluowanej. Część grupy prezentowała się jako słaba, chora, potrzebująca pomocy, niezaradna. Ta część poruszała głównie uczucia smutku, utraty, niewystarczającego zaopiekowania, lęku o swoją przyszłość oraz złości z powodu porzucenia. Z kolei druga część skupiała się głównie na tematyce sukcesu, zaprzeczenia emocjom związanym z rozstawaniem się, uwypuklaniu własnych kompetencji, siły, samowystarczalności. Ci uczestnicy podkreślali również, że uczucia związane z zakończeniem psychoterapii mogą pojawić się tylko poza grupą, już po jej zakończeniu. W naszych komentarzach próbowałyśmy łączyć te dwie skrajne postawy, podkreślać ich obecność w każdym z uczestników. Grupa rozstała się jednak w dużej mierze z tym rozszczepieniem. Uczucia te do końca były wyrażane niezależnie przez poszczególnych członków grupy i nie uległy scaleniu.

Pomimo zarysowanych wyżej trudności wydaje się, że stworzona przez nas grupa miała niezwykle ważne znaczenie dla samych jej uczestników. Jako pierwszy warto zaznaczyć fakt, że większa część uczestników wytrwała do końca dwuletniej terapii (6 osób). Udało się to pomimo osobistych trudności uczestników, jak i zjawisk zachodzących w grupie. Część osób zmagala się z żywymi objawami wytwórczymi, nasilonymi objawami negatywnymi, nawrotami choroby i hospitalizacjami. Charakterystyczne dla naszych pacjentów były trudności w nawiązaniu relacji, wycofanie bądź izolacja z kontaktów społecznych, lęk przed związaniem się, zmaganie się z własną wrogością i lękiem przed byciem pochłoniętym. Ponadto każdy z uczestników, jak i grupa jako całość, musiał zmagać się z re-

alnymi trudnościami, które pojawiały się w trakcie trwania terapii, takimi jak brak stabilności i ciągłe zmiany. Nie bez znaczenia była również sytuacja życiowa uczestników, np. trudna sytuacja rodzinna, alkoholizm rodziców, konieczność wyprowadzki do Gdańska w trakcie trwania terapii, niedokończona żałoba, próby powrotu do funkcjonowania sprzed choroby, ale też mierzenie się z nowymi wyzwaniami żywymi, takimi jak poszukiwanie i podejmowanie pracy, kontynuacja studiów czy budowanie swojego dorosłego życia. Kolejną korzyścią było to, że uczestnicy byli gotowi do wnoszenia tych tematów, aktywnie i odważnie podejmowali rozmowę i troszczyli się o siebie nawzajem. Ważne też było wzajemne motywowanie się do uczestnictwa w grupie, np. propozycja wspólnego docierania dla osoby szczególnie wycofanej w żywych objawach psychotycznych. Podczas psychoterapii udawało się również to, że pacjenci wyrażali w stosunku do siebie i terapeutów różne uczucia w sposób bezpośredni.

Podsumowanie

Ponieważ opisane przez nas wyżej mechanizmy są charakterystyczne dla zaburzeń z kręgu psychoz, trudno było oczekiwać, że nie pojawią się one w trakcie długoterminowej psychoterapii grupowej osób z diagnozą psychozy. W związku z tym mogą pojawiać się pytania, czy jest możliwe, żeby pomimo opisywanych zjawisk pacjenci wiązali się ze sobą, tworzyli dobre relacje i czuli się ze sobą bezpiecznie i czy w takiej formie psychoterapia grupowa pacjentów psychotycznych ma sens? Wydaje się, że nasza grupa bardzo zbliżyła się do osiągnięcia tych celów i jest to jej sukces. Nasza refleksja, może dość oczywista, jest taka, że nasza grupa pacjentów po psychozie choć nie osiągnęła dojrzałości grupy pacjentów nerwicowych, była jednak w stanie pracować w sposób terapeutyczny i wglądowy, a nie tylko wspierający. Odnosząc się do przytoczonych na początku wywodu założeń przez nas celów grupy, wydaje się, że wiele z nich udało się osiągnąć na tyle, na ile uczestnikom pozwalała konstrukcja ich osobowości i aktualne objawy psychotyczne. Mamy tu na myśli doświadczenie bycia razem, zbliżania się do siebie i otwarcia na możliwość nawiązania relacji, wysiłek podjęty w celu przejścia przez psychoterapię grupową, podejmowanie prób mówienia o objawach i rozumienia ich w kontekście historii życia. Kilkoro uczestników znacząco poprawiło swoje funkcjonowanie; rozpoczęły pracę, ukończyły studia, zdecydowały się na bardziej adekwatne w tym okresie zmagania z psychozą leczenie na oddziale dziennym, w czym niemały udział miały żywe dyskusje na te tematy w grupie. Terapia grupowa stała się szansą na poszerzenie własnego postrzegania o punkt widzenia innych, budowania zaciekawienia i skupienia uwagi na innym niż własny, wewnętrzny świat. Dzięki takiemu doświadczeniu uczestnicy uczyli się, że zaciekawienie drugą osobą może służyć budowaniu bliskości. Pozwalało ono tym samym na zmniejszanie lęku, doświadczenie, że uważność i zaciekawienie nie są atakiem na drugą osobę czy przekraczaniem jej granic. Dla niektórych udział w psychoterapii był jedyną możliwością spędzenia czasu i rozmowy z osobami innymi niż najbliższe środowisko rodzinne. Ważne było również podejmowanie w grupie tematyki rozstania i separacji. Jak napisałyśmy powyżej, problematyka ta nie została podjęta w pełni, a rozszczepionych uczuć nie udało się scalić. Jednak poruszanie tego tematu pozwalało na nazwanie pojawiających się uczuć, a obserwacje, że są to uczucia, o których można rozmawiać wspólnie, przyczyniało się do otwierania w grupie tematów

osobistych rozstań i strat. Z naszej perspektywy było to ważne wyzwanie terapeutyczne, konfrontujące nas z własnymi mechanizmami obronnymi, odzwierciedlaniem uczuć grupy, ale także konfrontujące z naszym funkcjonowaniem w bliskiej relacji. Emocje, które pojawiały się w nas podczas prowadzenia psychoterapii grupowej były paralelne z tymi, z którymi zmagali się pacjenci. Były to m.in. lęk o stałość grupy, pragnienie bliskości przy jednoczesnym lęku przed byciem pochłoniętym, zazdrość, rywalizacja o to, do kogo grupa należy, lęk przed własnymi impulsami, pragnieniami i potrzebami. W związku z tym bardzo ważne było dla nas wsparcie superwizyjne, które pomagało nam zrozumieć i oddzielić własne emocje od emocji grupy, a także lepiej rozpoznawać mechanizmy, które funkcjonowały zarówno w uczestnikach, jak i w nas, m.in. identyfikacja projekcyjna, rozszczepienie, idealizacja i dewaluacja. Biorąc pod uwagę powyższe wnioski, jesteśmy przekonane, że decyzja o prowadzeniu grupy terapeutycznej dla pacjentów po kryzysach psychotycznych powinna się wiązać ze szczególną refleksją nad relacją między terapeutami prowadzącymi i ich uczuciami do grupy i siebie nawzajem. Relacja ta powinna być głównym tematem superwizji procesu grupowego.

Wydaje się nam, że zaproponowana forma pracy terapeutycznej powinna być ważnym elementem kompleksowego leczenia pacjenta po kryzysie psychotycznym. Zdobyte doświadczenia pragniemy rozwijać i badać w dalszej pracy zawodowej.

Piśmiennictwo

1. Cechnicki A. Co jest istotne w psychospołecznym leczeniu schizofrenii. W: Bomba J, red. Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000, str. 37–47.
2. Cechnicki A. W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej — 30 lat doświadczeń krakowskich. *Psychoter.* 2009; 3(150): 43–55.
3. Cichocki Ł. Miejsce psychoterapii indywidualnej osób z diagnozą schizofrenii w polskim systemie leczenia psychiatrycznego. *Psychoter.* 2015; 1(172): 27–36.
4. Bielańska A. Psychoterapia indywidualna osób z diagnozą schizofrenii. *Psychoter.* 2006; 3(138): 75–86.
5. Kalisz A. O psychoterapii osób cierpiących z powodu schizofrenii. *Psychoter.* 2013, 4(167): 21–27.
6. Urlic I. The therapists role in the group of psychotic patients and outpatients. A Foulkesian perspective. W: Schremer VL, Pines M, red. Group psychotherapy of the psychoses. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1999, s.148–180.
7. Zadecki J. Ja we wczesnej schizofrenii. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2015.
8. Yalom I, Leszcz M. Psychoterapia grupowa. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
9. Namysłowska I. Kontakt terapeutyczny z osobą chorą na schizofrenię. *Post. Psych. Neurol.* 2006; 15(3): 137–141.
10. Bion WR. Experiences in groups and other papers. Taylor and Francis e-Library; 2004.
11. Prot K, Murawiec S. Psychodynamiczna terapia pacjentów psychotycznych w warunkach środowiskowych. *Psychoter.* 2013; 4(167): 29–39.
12. Rutan JS, Stone WN. Psychodynamic group psychotherapy. MacMillan Publishing Company; 1984.

13. Martindale BV. Zastosowania podejścia psychodynamicznego we wczesnej interwencji w psychozach. *Psychoter.* 2008; 3(146):19–33.
14. Szumił Sz. Długoterminowa psychoterapia grupowa osób chorujących na psychozy. Podejście analityczne. *Psychoter.* 2013; 4(167): 41–45.
15. Murzyn A, Mielimąka M, Müldner-Nieckowski L. Psychoterapia schizofrenii: cele, skuteczność, specyfika oddziaływań. Indywidualna psychoterapia psychodynamiczna — przegląd literatury. *Psychiatr. Psychot.* 2010; 6 (2): 33–43.
16. Tomalski R. Terapia psychozy — psychoza terapii. *Psychoter.* 2014; 3(170): 47–56.
17. Schneider S. Resistance, empathy and interpretation with psychotic patients. W: Schremer VL, Pines M, red. *Group psychotherapy of the psychoses*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 1999, s.180–199.

adres: Monika Żwirska, brianne@interia.pl