

Marek Gajowy, Daniel Mikułowicz, Paweł Sala, Witold Simon

## PRZEDWCZESNE PRZERYWANIE PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ — SPECYFIKA ZJAWISKA I SUGESTIE JEGO OGRANICZANIA

### PREMATURE TERMINATION OF GROUP PSYCHOTHERAPY — MAIN CHARACTERISTICS AND RECOMMENDATIONS FOR REDUCING IT

Klinika Nerwic IPiN

Kierownik: prof. dr hab. med. Maria Siwiak-Kobayashi

**drop-out  
group psychotherapy  
adult patient**

*Poglądowa praca czworga autorów obejmuje aktualną wiedzę teoretyczną i praktyczną związaną ze zjawiskiem przedwczesnego zakończenia psychoterapii grupowej osób dorosłych. W części teoretycznej autorzy zajmują się analizą skali zjawiska, powodami przerywania terapii, a także najczęściej niekorzystnymi konsekwencjami tego dla pacjentów. W części praktycznej przedstawiane są wybrane działania profilaktyczne i interwencje terapeutów, redukujące przerywanie terapii grupowej przez pacjentów na różnych etapach jej trwania.*

**Summary:** This paper is a review of current theoretical and practical knowledge concerning the phenomenon of dropping-out of group psychotherapy for adults — a part of research on psychotherapy efficiency. The theoretical part focuses on definition, the scale of the issue, negative and potential positive consequences, complex reasons. The clinical practice section contains selected recommendations for reducing risk of premature termination and samples of psychotherapeutic interventions when: a) there are the signals, b) attrition is unavoidable. The subject is described mainly from the patient perspective. The study is addressed to professionals involved in providing group psychotherapy treatment.

Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia co roku na świecie u 450 milionów ludzi diagnozuje się zaburzenia psychiczne (WHO, The world health report 2008). Tylko niewielki procent osób cierpiących na zaburzenia psychiczne — szacunkowo 10–25% — zgłasza się na psychoterapię [1]. W 2005 roku w Polsce prawie półtora miliona osób korzystało z pomocy psychiatrycznej w szpitalach i poradniach — w porównaniu z rokiem 1990 liczba ta wzrosła prawie dwukrotnie (wg danych Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie). Spośród osób podejmujących leczenie część nie kończy go. I to właśnie tej ostatecznej grupy dotyczy niniejszy artykuł. Autorzy skupili się na dorosłych pacjentach uczestniczących w psychoterapii grupowej. Podobnie jak w poprzednim artykule [2], poświęconym przyczynom przerywania terapii grupowej, tak i tutaj analizują zjawisko głównie z perspektywy pacjenta. Obok czynników dotyczących pacjenta, terapeuty, relacji terapeutycznej oraz okoliczności zewnętrznych, w terapii grupowej ważna jest dodatkowo sfera kultury grupy obejmująca interakcje wewnątrzgrupowe. Dlatego, w odróżnieniu od psychoterapii indywidualnej, przedwczesne zakończenie leczenia przez członka grupy ma wpływ nie tylko na pacjenta i terapeutę, ale na wszystkich uczestników terapii i efektywność ich leczenia. Ze względu

na tak szeroki krąg oddziaływań, zwykle negatywnych, autorzy zainteresowali się opisem rezygnacji z psychoterapii grupowej i sposobami jej ograniczenia.

Pojęcie przedwczesnego przerwania terapii jest w literaturze zagadnieniem zróżnicowanym zarówno merytorycznie, jak i językowo [2, 3, 4, 5]. Zjawisko to określane jest jako porzucanie, przerywanie, przedwczesne zakończenie terapii, wycofanie się z terapii, wypadnięcie z grupy, przedwczesna rezygnacja lub terminacja czy też z angielskiego „drop-out”. Autorzy niniejszej pracy zaobserwowali dwa nurty definiowania tego zjawiska. Pierwszy odwołuje się do określonych kryteriów czasowych — np. niestawienie się na kolejną ustaloną sesję [1], drugi — do zerwań innych ustaleń kontraktu, rozumianych najczęściej jako jednostronne i samowolne kończenie przez pacjenta leczenia [6]. Próbując połączyć istotę pierwszej i drugiej grupy powyższych definicji autorzy w tej pracy proponują następującą interpretację: przedwczesne przerwanie terapii następuje wtedy, gdy osoba, która została zakwalifikowana i przyjęta na terapię grupową oraz uczestniczyła w co najmniej jednej sesji, z własnej inicjatywy kończy terapię nie przychodząc na kolejną sesję (której termin był już ustalony wspólnie z grupą) (podobna definicja w: [3]).

Skala zjawiska przedwczesnego zakończenia psychoterapii jest znaczna — Rakowska [1] pisze o poziomie 50%. Baekeland i Lundwall [7], a potem Wierzbicki i Pekarik [8], na podstawie w sumie 485 prac badawczych, przeprowadzili dwie osobne metaanalizy badań nad przerywaniem terapii dotyczących różnych ośrodków ambulatoryjnych, diagnoz i rodzajów leczenia. Baekeland i Lundwall ustalili, że od 30% do 60% (średnia 46,86%) pacjentów leczących się na oddziałach dziennych kończyło terapię przerywając ją bez uzgodnienia z psychoterapeutą. Wierzbicki i Pekarik obliczyli, że bez względu na rodzaj terapii średnio 47% pacjentów przerywa leczenie i że wynik ten utrzymuje się na takim poziomie. Powyższe dane można odnieść zarówno do terapii indywidualnej, jak i grupowej.

Badacze skupiający się na efektywności terapii grupowej przytaczają wyniki dotyczące zwykle konkretnych populacji pacjentów. Yalom i Leszcz [9] zestawiają różne rodzaje grup, w których skrajny odsetek osób porzucających terapię to z jednej strony 17% w grupach ambulatoryjnych w poradni, z drugiej — 57% w uniwersyteckiej poradni. W grupie osób chorych na anoreksję ostatnie doniesienia wskazują na dużą rozpiętość zjawiska przerywania leczenia — od 20% do 50%, co zależy od tego, jak autorzy definiują przerwanie psychoterapii [10]. Dla pacjentów z zaburzeniami osobowości będących w leczeniu ambulatoryjnym wskaźnik przerywania terapii wynosi od 15% do 51%, a w wypadku zaburzeń borderline nawet 17–67% [5]. 40–50% mężczyzn uczestniczących w terapii dla sprawców przemocy w małżeństwie porzucało leczenie w grupie [11]. W badaniu Simona i Siwiak-Kobayashi [12] 9,87% pacjentów neurotycznych nie ukończyło planowo leczenia stacjonarnego. Wśród pacjentów z zaburzeniami lękowymi uczestniczących w grupowej terapii poznawczo-behawioralnej 53% zakończyło ją przedwcześnie [13].

Można by oczekiwać, że badacze zajmujący się zjawiskiem terapii grupowej będą informować o odsetku pacjentów, którzy przedwcześnie przerywają tę formę leczenia — jednak nie zawsze tak robią. Często wynika to z już wspomnianego braku zarówno ujednoczonej definicji porzucania leczenia, jak i spójnej metodologii badania tego fenomenu. Bardzo prawdopodobny jest także czynnik psychologiczny występujący u badaczy: przeżywając przerwanie terapii jako swoją osobistą porażkę (lub brak sprawczości czy kontroli) nie analizują tych danych, chcąc zachować pozytywny obraz swojej osoby czy profesji.

Dane z The consumer report study [14] z USA wskazują na fakt, że terapia długoterminowa przynosi lepsze efekty niż krótkoterminowa, choć są doniesienia, które ujawniają duży odsetek niekończenia psychoterapii długoterminowej, pomimo jej skuteczności [14]. Grzesiuk [6] podkreśla, że liczba osób przerywających leczenie jest większa w terapii grupowej niż indywidualnej. Może to wynikać z faktu, że pacjenci w grupie indukują wzajemnie swoje ambiwalentne podejście do zaangażowania w przebieg leczenia. Hummelen i Wilberg [5] formułują wniosek, że pacjenci cierpiący na zaburzenia osobowości częściej przerywają terapię grupową niż indywidualną. Prawdopodobnie dlatego, że zaburzenia te osiowo wiążą się z problemami w relacjach, a te w grupie intensyfikują się. Z innej strony, Roback i Smith [15] oraz Oei i Kazimierczak [16] dzielą się obserwacją, że przy bardzo dużej liczbie prac na temat przerywania psychoterapii indywidualnej brakuje równie bogatej analizy kończenia terapii grupowej.

Nie można grupy osób przerywających psychoterapię traktować jako homogenicznej ani w aspekcie demograficznym, ani osobowościowym, ani klinicznym [17, 18]. Czynniki wpływające na wypadnięcie z grupy są tak różnorodne i wielorakie, że nie sposób określić jakichkolwiek prostych prawidłowości charakteryzujących profil takich pacjentów. Pekarik [18] potwierdza stereotypowy wniosek, że terapeuci postrzegają wszystkie przykłady przerywania terapii jako porażki, i jednocześnie zaznacza, że taka postawa jest nieprawidłowa. Terapeuta nie jest stroną, która zawsze „wie” lepiej i potrafi trafnie określić potrzeby pacjenta oraz najlepszy moment zakończenia jego terapii. W odróżnieniu od terapeutów, pacjenci różnorodnie postrzegają powody przedwczesnego kończenia swojej terapii [18, 19] i mają skłonność do pozytywnych poglądów na ten temat — dwie trzecie grupy pacjentów przerywających terapię zgłaszało znaczącą poprawę i brak powodów do kontynuacji leczenia. Richarz i Romisch [20] opisując różnorodne funkcje zachowań typu acting-out w grupie (a przerwanie terapii można podciągnąć pod taki mechanizm) stwierdzają, że „zawierają one w sobie ziarno przemiany” i ewentualnie po fakcie mogą pomóc pacjentowi ostatecznie uświadomić sobie ich patologię. Czasem odpowiednie zrozumienie chęci opuszczenia grupy terapeutycznej może przemienić potencjalne przedwczesne zakończenie w punkt zwrotny w procesie leczenia.

Pomimo różnorodnych ujęć zagadnienia przedwczesnego kończenia terapii, znacząca większość autorów postrzega je jako niekorzystne zarówno dla psychoterapeutów (szczególnie początkujących), jak i dla pacjentów przerywających terapię oraz pozostających w grupie jej uczestników [9, 21]. Pacjent decydujący się na uczestnictwo w terapii grupowej zwykle robi to z nadzieją na wyleczenie, poprawę swego stanu — przerwanie jej przed osiągnięciem takiego celu może podkopywać nadzieję, przytłaczać, wprowadzać chaos i bezradność. Dla dużej grupy pacjentów poszukiwanie pomocy psychologicznej idzie w parze z przywiązaniem do terapeuty, co może być postrzegane jako emocjonalne zagrożenie. Gdy już dojdzie do przerwania terapii, sam ten fakt wpływa na pogorszenie się stanu zdrowia czy zaostrzenie objawów. Wielu pacjentów odchodzi z grupy nie mając alternatywnego źródła oparcia, co sprawia, że taka separacja potęguje lęk i poczucie podatności na zranienia. Nieplanowane wypadnięcie z grupy może być przeżywane jako nagła strata, co często koresponduje u pacjenta z powikłanymi doświadczeniami żałoby czy żalu po stracie w przeszłości. Osoby porzucające terapię wpływają na zachwianie atmosfery w grupie, mogą powodować udzielanie się klimatu bezradności i zniechęcenia.

Bywają sytuacje, gdy cała grupa angażuje się w mało owocny dla pozostałych osób problem uczestnictwa jednego z członków, aby potem doświadczyć rozczarowania i frustracji, gdy ostatecznie dochodzi do odejścia tej osoby [9]. Dla terapeuty przedwczesne zakończenie psychoterapii może być źródłem frustracji ze względu na stracony czas, zaburzony plan pracy, nieotrzymane wynagrodzenie, osłabienie poczucia kompetencji i sprawstwa [3].

Znane są opinie [3, 18], że — pod warunkiem odpowiedniego przygotowania i wyważonej refleksji — przedwczesne opuszczenie grupy przez jednego z członków może stać się dla niego korzystnym, adaptacyjnym rozwiązaniem. Nie ma więc pewności, czy porzucenie terapii zawsze powinno być traktowane jako niepowodzenie. Tak może się dzieć w przypadku, gdy pacjent będący w leczeniu ze względu na zewnętrzną motywację przerywa terapię, co może być objawem rodzącej się wewnątrzsterowności. Podobnie za zdrowy odruch pacjenta można uznać wycofanie się z terapii prowadzonej w toksyczny, nieetyczny sposób. Możliwość nagłego porzucenia grupy może być swoistym „wentylem bezpieczeństwa”, „mechanizmem dekompresji”, jak to określają Yalom i Leszcz [9], w wypadku nagromadzenia się zbyt intensywnych przeżyć dla poszczególnego pacjenta. Czasem może być wręcz przeciwnie — planowo zakończona psychoterapia może doprowadzić do wyników niezgodnych ze wskazaniami terapeutycznymi. I tak np. Page i Hooke [22] w ramach stacjonarnej terapii grupowej zaobserwowali następującą prawidłowość — w wyniku częstszej obecności na sesjach pacjenci uzyskali lepsze wyniki w terapii, ale jednocześnie spadła ich satysfakcja z leczenia. Nie zawsze więc fakt pozostawiania pacjenta w terapii może być równoznaczny z większą korzyścią dla niego.

Jak powstaje zjawisko takiej skali i złożoności? W dotychczas dostępnej literaturze przedmiotu [1, 23] autorzy nie znaleźli jednego czy nawet kilku dominujących czynników (zwiastunów) zdecydowanie wpływających na przerywanie psychoterapii. W swych pracach Gajowy i wsp. [2, 17] opisali ponad 150 takich czynników i posegregowali je na wspomniane już dziedziny — dotyczące psychoterapeuty, relacji terapeutycznej, kultury grupy, okoliczności zewnętrznych oraz pacjenta. Najwięcej uwagi poświęcili aspektom dotyczącym pacjenta i wyszczególnili: czynniki demograficzne, osobowościowe (szczególnie motywacja i oczekiwania), interpersonalne (relacje pacjent — grupa oraz pacjent — psychoterapeuta), zewnętrzne. Przytaczając badania Yaloma i Leszcz [9], którzy w odróżnieniu od powyższych autorów jednak wyszczególniają główne powody porzucania grupy, można wymienić m.in.: strach przed emocjonalną zaraźliwością, niezdolność do dzielenia się terapeutą, powikłania równoczesnej terapii indywidualnej i grupowej, odmiennosc od pozostałych członków, konflikty w sferze zażyłości i odsłonięcia się, nieadekwatne nastawienie do terapii. Podsumowując — wnioskiem, jaki narzuca się w opisie przyczyn porzucania terapii grupowej, jest wielość i różnorodność powodów oraz ich występowanie w interakcji.

### **Interwencje mające na celu przeciwdziałanie zjawisku przerywania psychoterapii grupowej**

Poniżej zaprezentowane są dwa rodzaje interwencji terapeutycznych mających na celu: 1) przeciwdziałanie przedwczesnemu kończeniu leczenia, 2) umożliwienie pacjentowi możliwie najlepszego rozstania się z grupą. Są to uwagi i wskazówki czynione głównie ze względu na pacjenta, czyli biorące pod uwagę przeżycia i nastawienia pojedynczego

uczestnika grupy. Refleksje te są adresowane do psychoterapeutów, szczególnie szkolących się. Charakter artykułu uniemożliwia rzecz jasna szczegółowe opisanie poszczególnych interwencji. Zainteresowany czytelnik może jednak sięgnąć po pozycje źródłowe.

### Działania profilaktyczne

Panuje dość powszechne przekonanie, że przedwczesnemu zakończeniu psychoterapii towarzyszą gorsze efekty terapeutyczne niż wtedy, gdy jest ona kontynuowana i zakończona zgodnie z planem. Mając na uwadze czas, wysiłek, koszty i zakłócenie, jakie zarówno pacjentowi, grupie, jak i terapeucie stwarza przerwanie psychoterapii, ważne jest, aby zidentyfikować pacjentów, którzy z największym prawdopodobieństwem zakończą swe leczenie pomyślnie. Przykładem wsparcia klinicznego w tworzeniu i prowadzeniu grupy jest na polskim gruncie praca pod redakcją J. Pawlika [24] na temat analizy grupowej. W literaturze anglojęzycznej znajdujemy m.in. podręcznik Yaloma i Leszcz dotyczący teorii i praktyki psychoterapii grupowej (polskie tłumaczenie [9]), czasopismo "International Journal of Group Psychotherapy" i zamieszczony w nim w 2008 roku kliniczny przewodnik dla terapeutów grupowych napisany przez H. Bernarda i wsp. [25] oraz korespondująca z nim książka (polskie tłumaczenie [26]).

Odpowiednia selekcja pacjentów do psychoterapii zmniejsza możliwość jej przerwania. Szczególnie w terapii grupowej skierowanie pacjenta do właściwej grupy będzie sprzyjało spójności tej grupy [3, 15, 25] — spójność jest postrzegana jako kluczowy czynnik leczący w terapii grupowej. Psychoterapeuta konsultując osobę potrzebującą leczenia zwykle stara się odpowiedzieć na pytanie: „Jaka forma psychoterapii będzie najbardziej korzystna dla danego pacjenta?”. W takiej sytuacji Roth i Fonagy [27] mówią o terapii na miarę pacjenta. Jeśli konsultant bierze pod uwagę skierowanie na terapię grupową, potrzebuje mieć jasne kryteria dotyczące tego, komu powinien zalecić taką formę leczenia. Odwołując się do wskazań Pawlika [24] oraz Bernarda i wsp. [25], możemy dosyć szeroko opisać charakterystykę takiego pacjenta. Terapia grupowa zalecana jest: osobom, które doświadczają interpersonalnych trudności i zaburzeń, niskiej samoświadomości funkcjonowania społecznego, egosyntonicznych zaburzeń osobowości; klientom zorientowanym na działanie oraz zdolnym do nawiązania relacji terapeutycznej na tle grupy zapewniającej zarówno wsparcie, jak i wyzwania; zdolnym do refleksji oraz okazywania empatii. Pacjenci głębiej zaburzeni mogą być brani pod uwagę w odniesieniu do konkretnej grupy, której potencjał „zdrowia” będzie wystarczająco duży, aby przyjąć i pomieścić emocjonalnie taką osobę. Psychoterapeuta może wtedy potrzebować więcej czasu na konsultacje takiego pacjenta lub przygotowanie go do terapii grupowej wchodząc z nim okresowo w relację indywidualną. Ze względu na wysokie prawdopodobieństwo wypadnięcia z terapii grupowej, nie powinny być do niej kierowane osoby: wycofane emocjonalnie, chłodne narcystycznie, nadmierne paranoidalne, z zaburzeniami granic, rozwiązujące swoje wewnętrzne konflikty poprzez zachowania typu acting out, niezdolne do zaangażowania się ani w podstawowe aktywności grupowe, ani w uczenie się umiejętności społecznych, ani w osiąganie wglądu na płaszczyźnie intelektualnej, psychologicznej lub/i interpersonalnej. W procesie kwalifikacji pomocna okazuje się diagnoza psychologiczna, np. psychoanalityczna, proponowana przez McWilliams [28], oparta na wywiadzie oraz zawierająca opis głównych mechanizmów

osobowości i zaburzeń pacjenta. Doświadczeni diagności już pod koniec wywiadu wiedzą, którzy pacjenci mogą mieć skłonność do porzucenia leczenia. Zakomunikowanie takiej osobie, że wytrwanie w psychoterapii będzie wymagało od niej dużo odwagi i wysiłku, może dodać jej otuchy oraz zwiększyć szanse na powodzenie jej leczenia.

Warto w tym miejscu zaakcentować znaczenie dobrej współpracy w placówkach łączących między personelem pełniącym funkcje kierownicze lub administracyjne a personelem bezpośrednio zaangażowanym w prowadzenie terapii grupowej. W warunkach polskich oddziałów dziennych lub całodobowych, gdzie prowadzi się terapię grupową, styk funkcjonowania tych różnych grup zawodowych może wywoływać napięcia negatywnie wpływające na odpowiedni dobór pacjentów. Z jednej strony personel kierowniczy lub administracyjny bywa często odpowiedzialny za wypełnienie formalnych zobowiązań umożliwiających właściwe finansowanie jednostki (na przykład ustalonych w kontrakcie z Narodowym Funduszem Zdrowia), co często nasila dążenie do przyjmowania możliwie dużej liczby pacjentów. Z drugiej strony personel zaangażowany w terapię grupową jest odpowiedzialny za przeprowadzenie odpowiedniej kwalifikacji napływających osób przyjmując do grupy jedynie tych, którzy będą mogli skorzystać z tej formy leczenia. Brak porozumienia między stronami doprowadza do tego, że do grupy przyjmowane są osoby nieprzygotowane do podjęcia udziału w grupie, kolejne zaś rezygnacje osób nowo przyjmowanych dodatkowo negatywnie wpływają na relację terapeuty grupowego z członkami grupy. Przedstawiciele obydwu grup zawodowych zaangażowani w osiąganie konsensusu w tej dziedzinie powinni być dobrze zorientowani we wzajemnych oczekiwaniach oraz odpowiedzialności, a następnie w atmosferze wzajemnego szacunku dążyć do uzyskiwania niezbędnego kompromisu. Przykładem rozwiązania tego typu problemów może być powołanie koordynatora, który miałby zajmować się ustalaniem właściwej komunikacji i procedur nakierowanych na wspólne wypełnianie zadań administracyjnych i osiąganie celów specyficznych dla terapii grupowej [25]. Edlund i wsp. [29] wskazują na jeszcze inny aspekt — pacjenci cierpiący na zaburzenia psychiczne w mniejszym stopniu przerywają leczenie oferowane przez służbę zdrowia, jeśli jest ono zintegrowanym modelem łączącym psychoterapię z farmakoterapią. Są ośrodki i instytucje, w których pacjent (w domyśle cała grupa) jest leczony przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny. W sytuacji zwiastunów wycofania się z terapii stwarza to warunki sprzyjające szybkim i kompleksowym interwencjom, jeśli zespół nastawiony jest na komunikację i sprawne przekazywanie bieżących informacji dotyczących pacjenta.

Niektórzy badacze skupiają się na tworzeniu narzędzi badających zwiastuny/czynniki zwiększające prawdopodobieństwo przerwania podejmowanej psychoterapii. W badaniu efektywności psychoterapii indywidualnej podobną rolę odgrywa kwestionariusz opracowany przez Lamberta i wsp. [30]. Narzędzie to pomaga analizować informacje zwrotne udzielane przez pacjentów na temat skutków psychoterapii w trakcie jej trwania. Autor stworzył algorytmy służące identyfikacji pacjentów przerywających terapię, zanim doświadczą terapeutycznych korzyści, lub tych, u których przewidywany byłby negatywny wynik terapii. System ten pomaga zidentyfikować 85–100% przypadków, zanim dojdzie do przerwania terapii. W badaniu efektywności psychoterapii grupowej przykładem narzędzia określającego stopień, w jakim potencjalni pacjenci doświadczą poprawy w czasie leczenia, jest The Group Selection Questionnaire — GSQ [31]. Osoby, których wyniki kwestionariusza

wskazywały na to, że nie uzyskają poprawy w zalecanej terapii grupowej, charakteryzowały się wycofaniem, rezerwą wobec innych, niechęcią do dzielenia się swoimi uczuciami z innymi. Kolejnym przykładem narzędzia jest Core Battery-R, zestaw narzędzi zbudowanych na podstawie badań klinicznych [32]. Dla terapeuty grupowego jest to źródło informacji zwrotnych pomocnych w monitorowaniu terapeutycznej atmosfery panującej w grupie oraz poprawy stanu jej członków, czyli w dbałości o zwiększanie efektywności psychoterapii grupowej. Stosowanie GSQ, Core Battery-R lub podobnego narzędzia może okazać się pomocne dla terapeuty kwalifikującego pacjentów i być wskazaniem do kierowania ich do najbardziej adekwatnej formy psychoterapii.

Właściwa selekcja pacjentów oraz wszechstronne przygotowania są podstawowymi sposobami ograniczania liczby porzuceń terapii. Przygotowania poprzedzające podjęcie psychoterapii są wskazane dla przyszłych pacjentów, gdyż istnieją dowody na pozytywny związek opisanych niżej przygotowań z redukcją liczby osób rezygnujących z niej oraz z pozytywnymi efektami leczenia [1, 9]. Zanim się je podejmie, wskazane jest zapoznanie się z listą oczekujących i zapewnienie przyjęcia na leczenie tak szybko, jak to jest tylko możliwe [7]. Baekeland i Lundwell [7] zalecają jak najszybszą identyfikację pacjentów z uzależnieniem i przekierowanie ich do wyspecjalizowanych ośrodków terapii. W dalszej trosce o pacjenta należy zaspokoić jego potrzeby zależności poprzez zapewnienie wszystkich dostępnych form pomocy socjalnej. Natomiast bezpośrednio przygotowania do podjęcia psychoterapii mogą obejmować: przeprowadzenie rozmów wstępnych, zapewnienie materiałów pisemnych opisujących psychoterapię, filmy obrazujące jej przebieg, nagrania audio lub/i wideo przykładowych sesji, warsztaty czy nawet sesje próbne, w czasie których terapeuci mogliby uczyć pacjentów owocnego uczestniczenia w psychoterapii i jednocześnie zaobserwować podstawowe procesy grupowe, role podejmowane przez pacjentów i ich interakcje [1, 9, 15, 17, 33]. Edlund i wsp. [29] podkreślają wagę psychoedukacji, czyli wyjaśnienia pacjentowi istoty leczenia, jego celowości, a Yalom i Leszcz [9] zalecają pomoc pacjentom w rozwianiu błędnych wyobrażeń na temat terapii grupowej, nierealistycznych obaw i oczekiwań. Szczególnie ważnym elementem jest poznanie oczekiwań pacjenta związanych z czasem psychoterapii i pogodzenia ich z faktyczną długością jej trwania [1].

Istnieje duża różnorodność w praktyce klinicznej, jeśli chodzi o liczbę spotkań indywidualnych przed rozpoczęciem sesji grupowych. Niezbędne jest poznanie pacjenta i nawiązanie z nim przymierza terapeutycznego oraz przeprowadzenie go przez okres tworzenia grupy. Yalom i Leszcz [9] dzielą się wnioskiem, że ryzyko przedwczesnego zakończenia terapii przez pacjentów jest tym mniejsze, im częściej terapeuta spotykał się z nimi indywidualnie przed przystąpieniem do grupy. Indywidualna więź z tym samym terapeutą jest na wstępie czynnikiem budującym tożsamość grupy. Na początkowym etapie psychoterapii warto, aby terapeuta pamiętał o wspomnianej wcześniej prawidłowości [18, 19]. Otóż na początku terapii pacjenci i psychoterapeuci mają znacząco odmienne oczekiwania dotyczące czasu terapii — terapeuci przewidują, że leczenie potrwa o wiele dłużej niż zakładają pacjenci. Ta rozbieżność nastawień może owocować rozdzwieniem w podejściu do określania momentu zakończenia terapii oraz kryteriów jej zakończenia. Pacjenci spodziewając się, że leczenie potrwa krócej, będą postrzegali moment zakończenia jako spójny ze swoim nastawieniem — w ich odczuciu to będzie naturalny czas

na koniec, a nie przedwczesne wycofanie się z terapii, jak mogą to widzieć prowadzący terapię. Świadomość istnienia tego zjawiska może pomóc psychoterapeucie zarówno w tworzeniu kontraktu oraz relacji terapeutycznej, jak i określaniu realistycznych ram czasowych leczenia. Pawlik [24] podkreśla konieczność omawiania sposobu kończenia terapii już na początku spotkań grupy. W grupach zamkniętych do zakończenia dochodzi w wyznaczonym terminie bez względu na poziom przepracowania kwestii rozstania się przez poszczególnych członków grupy. Grupa prowadzona w systemie półotwartym, jak i otwartym umożliwia określenie tak początku, jak i zakończenia terapii przez każdego pacjenta indywidualnie. Warto wyrobić u pacjentów przekonanie, że powinna istnieć faza kończenia terapii, a nie gwałtowne jej zerwanie. Zwykle praktykowane jest ustalenie, żeby w razie decyzji o opuszczeniu grupy niezgodnie z pierwotnymi ustaleniami pacjent dał sobie i grupie możliwość zakomunikowania i omówienia swojego wyboru. Jest to jednocześnie uszanowanie prawa każdego pacjenta do przerwania swego leczenia oraz prawa pozostałych członków grupy do poznania kontekstu tej decyzji i możliwości reakcji na nią. Yalom i Leszcz [9] opisują tę praktykę jako bezowocną (czyli nie skutkującą zatrzymaniem pacjenta oraz destabilizującą grupę) i proponują omawiać kontekst odejścia pacjenta z grupy indywidualnie, z nim samym, poza grupą, chroniąc ją przed frustracją.

Yalom i Leszcz [9] akcentują wagę wspólnego ustalenia kolejnych zagadnień: problemy do rozwiązania, zasady funkcjonowania w relacji terapeutycznej, wytworzenie realistycznych i pozytywnych oczekiwań co do wyników psychoterapii. W środowiskach międzykulturowych i międzynarodowych terapeuta grupowy powinien uwzględnić także element dominacji i uległości pojawiający się na styku kultur, z których pochodzą członkowie grupy [33]. Bernard [21] proponuje dodatkowo omówić z pacjentem sprawy organizacyjne (punktualne rozpoczynanie, regularność sesji etc.), kwestie poufności. Kluczowe i rzeczowe adresowanie zażaleń i skarg pacjentów na tym etapie również wytwarza atmosferę troski i współpracy.

Przykładem tego, że oczekiwania pacjenta związane z psychoterapią mogą być nie tylko bezpośrednio omawiane, ale i badane psychometrycznie, jest Kwestionariusz Oczekiwań od Psychoterapii (PEI-R) [34]. Istnieją przewodniki po psychoterapii, dzięki którym pacjenci mogą się zaznajomić z istotą kontraktu, warunkami, ramami czasowymi i procedurami w leczeniu, i zweryfikować swoje oczekiwania. Ta forma nie zastępuje rozmowy z pacjentem na te tematy, a jedynie wyjaśnia podstawowe zagadnienia. Głównym celem tego rodzaju przygotowań ma być sklaryfikowanie oczekiwań pacjenta od psychoterapii/psychoterapeuty w odniesieniu do tego, co dana forma psychoterapii oraz dany psychoterapeuta może i chce zaproponować danemu pacjentowi. Jeśli nie dojdzie do uzgodnienia wspólnych oczekiwań, pacjent powinien być skierowany do bardziej odpowiedniej dla niego formy leczenia. Poznając oczekiwania pacjenta psychoterapeuta może i powinien indywidualizować swoje podejście do niego oraz adekwatnie do zgłaszanych potrzeb modyfikować swoje możliwości (oczywiście w ramach swych kompetencji i stylu pracy). Wyczulenie terapeutów na znaczenie i szeroki zakres oporów, barier w kontakcie terapeutycznym oraz na rozszerzanie repertuaru strategii angażowania pacjenta na początku relacji (używając głównie dialogu, dyskusji) może wspomagać jego udział w budowaniu więzi terapeutycznej, pozostawanie w psychoterapii i tym samym ograniczać jej przerywanie. W stosunku do pacjentów z osobowością z pogranicza, Hummelen i Wilberg [5] sugerują, aby szczególnie

uwagę poświęcić ich negatywnym emocjom związanym z byciem w grupie oraz rozważyć częstsze niż raz w tygodniu sesje terapii grupowej.

W ramach prewencji przedwczesnego kończenia leczenia, psychoterapeuta powinien zadbać o jakość relacji terapeutycznej, co skądinąd jest podstawowym zadaniem prowadzącego terapię. Zapoznanie się z syntetyczną wiedzą pogłębiającą rozumienie przyczyniania się psychoterapeuty do procesu tworzenia i utrzymywania więzi terapeuta — pacjent oraz korzystanie z literatury na ten temat może sprzyjać dobrej współpracy z grupą, optymalnym efektem leczenia i zakończeniu go w planowany sposób. Obserwację tę potwierdzają Lazaratou i Anagnostopoulos [35] — opisując dwukrotny spadek liczby pacjentów przedwześnie przerywających terapię, łączą to z modyfikacjami funkcjonowania zespołu terapeutycznego, które miały służyć poprawieniu jakości relacji terapeutycznej. Jasno określone kryteria kwalifikowania do psychoterapii przedstawione w formie pisemnej, weryfikowane przez psychoterapeutę w trakcie lub po kwalifikacji mogą być pomocne szczególnie dla będących w szkoleniu terapeutów. Zaangażowanie terapeuty w proces leczenia grupowego może wyrażać się w konkretnych działaniach, które w dużej mierze zależą od stylu pracy prowadzącego grupę oraz założeń teoretycznych, jakie uznaje. Przypominanie pacjentom o kolejnych sesjach czy konsultacjach, również telefonicznie, docenianie ich wysiłków w wypełnianiu wymagań terapii oraz okazywanie pomocy w uzyskiwaniu wsparcia rodziny i przyjaciół — to kolejne kroki wspomagające psychoterapię i redukujące możliwość przerwania leczenia. Na etapie rozpoczynania psychoterapii może się okazać pomocne zaangażowanie osób ważnych dla pacjenta w celu wspierania jego wysiłków związanych z podjęciem leczenia. Przydatne może być również „zewnętrne wsparcie” ze strony byłego pacjenta lub pacjenta o większym „stażu leczenia”. Ma to zastosowanie w leczeniu uzależnień [36] oraz w terapii osób po traumie [37]. W obu przypadkach członek grupy ma możliwość wejścia w równoległą i odrębną od leczenia grupowego relację z osobą wspierającą. Dzielenie się swoimi przeżyciami z osobą, która „już przez to przeszła”, okazuje się silnym czynnikiem motywującym do zaangażowania się we własną terapię.

Rozwiązaniem zmniejszającym zjawisko przerywania psychoterapii opisanym przez Golkarnaya i wsp. [38] okazało się prowadzenie jej przez Internet — za pomocą komunikatora umożliwiającego słyszenie się wszystkich uczestników jednocześnie. Ta forma leczenia wpłynęła na wysoki poziom obecności na sesjach i w opinii pacjentów wychodzi naprzeciw wielu problemom związanym z tradycyjnym leczeniem szpitalnym (które wiąże się z długim okresem oczekiwania na podjęcie leczenia, małą dostępnością ośrodków leczenia etc.). Kontakt interpersonalny przez Internet niesie w sobie także wiele ograniczeń i wprowadza inną dynamikę interakcji niż w relacjach bezpośrednich. Niewątpliwie ta forma pomocy, choć oparta na nowoczesnych i upowszechnionych standardach komunikacji, wymaga dalszych badań.

## **Interwencje terapeutyczne w obliczu przerywania terapii**

### **A. W reakcji na zwiastuny**

Pomimo przygotowań pacjenta do podjęcia leczenia, może on mimo wszystko porzucić grupę [9, 15]. Nawet wtedy, gdy jego wycofanie się z psychoterapii jest nieuniknione, psychoterapeuta zachowując odpowiednią gotowość do wychwytywania zwiastunów odejścia

jest w stanie je odroczyć oraz przygotować siebie, pacjenta i pozostałych uczestników terapii grupowej do najbardziej korzystnego przebiegu zdarzeń. W praktyce terapeuta powinien na bieżąco śledzić proces terapeutyczny mając na uwadze sygnały odnoszące się do potencjalnego przerwania leczenia. W związku ze znaczącą rolą motywacji do leczenia zalecane jest traktowanie oceny motywacji i pracy nad nią na różnych etapach psychoterapii jako standardowej interwencji. Chcąc uniknąć wczesnych drop-outów w terapii psychodynamicznej Pawlik [24] sugeruje, aby interpretować przeniesienie nawet już na początkowym etapie leczenia. W terapii grupowej zbieranie takich informacji powinno odbywać się na różnych etapach oraz pochodzić z różnych źródeł (od pacjenta, innych członków grupy, psychoterapeuty, superwizora).

Skupiając się na pacjencie, Kernberg [39] wymienia trzy fazy uczestnictwa indywidualnego pacjenta w leczeniu grupowym — podporządkowanie, identyfikacja i internalizacja.

W pierwszej fazie wysiłki jednostki skierowane są na uzyskanie akceptacji grupy i terapeuty. To krytyczny etap w procesie pracy grupy, gdyż jest obciążony największą liczbą porzuceń terapii — to jedna z niewielu z opisanych i potwierdzonych prawidłowości, że na początku trwania grupy liczba osób porzucających terapię okresowo wzrasta [3, 9, 17]. Spośród wszystkich pacjentów wypadających z grupy większość osób (30–40%) robi to właśnie na początkowym etapie. Jest to tym bardziej interesujące zjawisko, że odnosi się nie tylko do całej gamy pacjentów, problemów i zaburzeń psychicznych, ale i różnorodnych form i stylów psychoterapii. Z tego powodu niektórzy terapeuci przyjmują do grupy większą liczbę pacjentów, przewidując to zjawisko. I choć może to być dyskusyjne, ta obserwacja wynika z założenia, że ustanowienie w pełni pracującej terapeutycznie grupy może być niemożliwe bez utraty przynajmniej jednego pacjenta. Grupa początkowo jest jeszcze niewystarczająco spójna, aby pomieścić duże ambiwalencje oraz zachwiania motywacji do leczenia poszczególnych pacjentów. Pacjenci są różni, zaczynają dopiero weryfikować w praktyce swoje przekonania i oczekiwania dotyczące terapii i bycia w grupie — to zwykle indukuje duże napięcia i niepokoje. Rolą terapeuty w obliczu takich zachowań jest przede wszystkim skupianie uwagi grupy na tym, co łączy jej członków, i uspokajanie ich, że poczucie słabości jest zrozumiałe w tym trudnym czasie. Na tym etapie mogą szczególnie silnie wyobřebniać się role wynikające z procesu grupowego — m.in. „lidera”, „pomocnika terapeuty” czy „kozła ofiarnego”. Ta ostatnia rola z perspektywy indywidualnej może być przeżywana patologicznie — co prawda może wspomagać proces dojrzewania grupy poprzez poradzenie sobie z poczuciem winy oraz agresją, ale u danego pacjenta może padać na grunt nieprawidłowych doświadczeń w rodzinie i skutkować zachowaniami typu acting-out. „Kozioł ofiarny” jest najpierw obciążony projekcjami członków grupy, potem atakowany, następnie ignorowany i izolowany, a presja grupy może doprowadzić do usunięcia się takiego pacjenta z grupy. Pewne osoby są bardziej podatne na wchodzenie w taką rolę — wyróżniając się odmiennością od reszty grupy (wiek, rasa, pochodzenie etc.) lub osobistymi trudnościami w wyrażaniu złości i winy. W ujęciu analitycznym sugeruje się [24], aby psychoterapeuta wykazał adekwatną cierpliwość i powstrzymał się od działań ratunkowych, takich jak karanie grupy czy ochrona pacjenta przez pomaganie mu w dokonaniu wglądu, dlaczego wchodzi w taką rolę. Właściwa interwencja, obok zaobserwowania o granice bezpieczeństwa, powinna uświadamiać grupie, jak ważna jest rola takiej

osoby dla grupy jako całości, a każdemu indywidualnemu jej członkowi — co właściwie projektuje na „kozła ofiarnego”.

Wracając do faz Kernberga [39], druga z kolei faza — identyfikacja — objawia się rosnącą spójnością grupy i tworzeniem się jej tożsamości („nasza grupa”). Tutaj zwiastuny przerwania terapii mogą objawiać się szczególnie w postaci oporu, który jest oczywiście zjawiskiem obecnym na wszystkich etapach procesu grupowego. Opór może być udziałem zarówno grupy, terapeuty, jak i pojedynczego pacjenta — reprezentuje wszystkie siły przeciwdziałające osiągnięciu terapeutycznej zmiany. Klinicznymi przejawami oporu mogą być m.in.: milczący pacjent, osoba narzekająca i odrzucająca pomoc, nudzący się pacjent, spóźnienia, opuszczanie sesji, zapominanie o płaceniu, nadmierne milczenie czy wesołość, poczucie utknięcia w miejscu, sztywna postawa ciała. Analizowanie oporu sprowadza się do interwencji w postaci klaryfikacji, konfrontacji, interpretacji i przepracowania [24]. Nie każdy objaw oporu należy traktować jako zwiastun rezygnacji z grupy — dobrze jednak, żeby terapeuta podjął różne interwencje jako próbę leczenia pacjentów unikając wizji porażki. We wszystkich trudnych sytuacjach psychoterapeuta może mieć podobne podejście: próbować zbadać i określić: 1) w jakim stopniu trudność dotyczy konkretnego pacjenta, a w jakim mechanizmów działania całej grupy, 2) a także, w jakim stopniu jest to treść związana z „tu i teraz”, a w jakim z przeszłością i przeniesieniem. Zwykle te poziomy się przenikają i choć mogą wymagać odmiennych reakcji czy rozwiązań, mają wspólną płaszczyznę. Na szczęście psychoterapeuta grupowy nie musi tego przepracowywać sam — ma do pomocy grupę.

Ostatnią fazą wymienianą przez Kernberga [39] jest internalizacja. Jest ona związana z kończeniem pracy w grupie. Z punktu widzenia pacjenta to czas zarówno żałoby, wynikającej ze straty relacji z terapeutą, grupą, jak i radości z rozpoczęcia samodzielnego życia. Poważną trudnością w procesie kończenia leczenia może być w ujęciu analitycznym nadmierny lęk separacyjny [25]. Wtedy rozstanie postrzegane jest przez pacjenta jako śmiertelne zagrożenie, utrata wewnętrznej integralności i może stać się powodem ucieczki, gdy terapia wchodzi w fazę końcową. W odpowiedzi psychoterapeuta może próbować konfrontować te postawy i interpretować lęk, pomagać pacjentowi oswajać pojawiającą się samotność oraz transformować poczucie odrzucenia w poczucie odrębności, samodzielności, jednakże z bardziej zaburzonymi pacjentami (narcystycznymi czy borderline) może się to okazać niewystarczające.

Często powodem nagłych przedwczesnych odejść pacjentów z grupy jest przymus powtórzenia traumatycznego przeżycia z przeszłości lub odtworzenia doświadczeń grupy jako całości. Zgłoszenie przez pacjenta zamiaru opuszczenia grupy może być nie tyle sygnałem związanym z przerwaniem leczenia, ile sposobem na wniesienie swojego indywidualnego problemu. Zaobserwowanie tego przez terapeutę i odpowiednie interwencje mogą odroczyć lub wykluczyć ewentualność porzucenia leczenia. Wartościowe jest również rozważenie, czy taki pacjent nie jest delegatem grupy prezentując problem dotyczący wszystkich jej członków [24].

Niska satysfakcja z rodzaju i jakości doświadczanego leczenia jest wg Pekarika [18] najważniejszym zwiastunem przerwania psychoterapii. W związku z tym zaleca się, aby proponować pacjentom otwartą dyskusję na temat tego, czy są zadowoleni z terapii i czy otrzymali wystarczającą opiekę. Komplementarną rolę mogą odgrywać wypełniane przez

pacjentów kwestionariusze satysfakcji z leczenia, które w dużym stopniu mogą wpłynąć na pozostanie w grupie. Podobnie jak opisane w poprzedniej części atykułu kwestionariusze będące źródłem informacji zwrotnych na temat leczenia, tak i rozmowa wprost o zadowoleniu pacjentów może wskazywać na zwiastuny przerwania terapii. Mając świadomość takich sygnałów zarówno terapeuta, jak i uczestnicy grupy mogą na nie reagować.

### B. Gdy porzucenie terapii staje się nieuniknione

Zakończenie terapii przez jednego z jej uczestników (terminowo lub przedwcześnie) zawsze jest momentem krytycznym dla grupy. W sytuacji, gdy pacjent ma wpływ na decyzję o zakończeniu leczenia, ważne jest jej omówienie w grupie w celu pogłębienia zrozumienia. Podsumowanie dotychczasowej psychoterapii oraz dokonanego postępu w czasie jej trwania ma służyć ocenie tego, co udało się w niej osiągnąć, a co nie. Dobrze, aby pacjent przerywający leczenie oraz pozostający w grupie jej członkowie mieli możliwość wyrażenia towarzyszących temu uczuć, myśli, skojarzeń. Istotne jest przyjrzenie się motywom decyzji o opuszczeniu grupy oraz ocena, w jakim stopniu jest to patologiczne rozwiązanie jakiegoś problemu pacjenta czy grupy, zwłaszcza w sytuacji, gdy nadal widoczna jest konieczność kontynuacji terapii. Pożegnanie się jest istotnym elementem. Shapiro i Ginzberg [40] proponują, aby temu skomplikowanemu dla pacjenta i grupy momentowi przerwania terapii towarzyszyły pewne rytuały związane z rozstaniem, czyli pewna „ceremonia” składająca się z wymiany słów, gestów, a nawet upominków, które dałyby osobom pozostającym w grupie poczucie większego wpływu na sytuację, a przerywającemu terapię — dodatkowe korzyści terapeutyczne. Równie ważna jest pomoc w ustaleniu dalszych kroków pacjenta, ułatwiająca podjęcie kolejnej psychoterapii (np. w formie indywidualnej, wspierającej), jeśli jest to konieczne. Odpowiednio pokierowany pacjent wymaga dalszego wsparcia, by mógł w pełni skorzystać z leczenia. Pomocne będzie wytłumaczenie mu, jak istotne jest wypełnianie zaleceń terapeutycznych.

Ważna jest świadomość wpływu, jaki przerywający leczenie pacjent wywiera na psychoterapeutę, któremu może w tym pomóc superwizja. Zarówno zbieżność, jak i uzupełnianie się spojrzenia psychoterapeuty i superwizora może zwiększać prawdopodobieństwo optymalnego doboru form psychoterapii, jej przebiegu i zakończenia. Pomocne dla terapeuty może być uświadomienie sobie osobistego emocjonalnego funkcjonowania w kontakcie psychoterapeutycznym, które może wpływać zniekształcająco na jego racjonalne poznanie i zachowanie. Zarówno dla terapeutów będących w szkoleniu, jak i dla tych już samodzielnych, ale doświadczających trudności, przydatna może być wielopoziomowa pomoc — obok uczestniczenia w superwizji indywidualnej lub grupowej sugerowana może być superwizja koleżeńska lub/i udział w tzw. grupach Balinta, polegających na grupowej analizie relacji terapeuty z jego pacjentem. Nieocenione dla samoświadomości prowadzącego jest poddawanie się psychoterapii własnej.

W pewnych wypadkach to psychoterapeuta będzie inicjował wcześniejsze przerwanie leczenia, gdy uzna, że: pacjent wskutek błędnej kwalifikacji czy niedokładnej diagnozy trafił na nieodpowiednią dla niego psychoterapię [21], nie jest gotowy do jej kontynuacji lub/i gdy uniemożliwia pracę grupy [9]. Niezbędne jest wtedy jasne przedstawienie przez terapeutę pacjentowi oraz grupie wskazań do nieplanowego zakończenia terapii oraz skie-

rowanie go na bardziej odpowiednią terapię. Kluczowa jest tu postawa psychoterapeuty i jego przekonanie do podejmowanych kroków. Szczegółowo proces usuwania pacjenta z grupy opisują Yalom i Leszcz [9]. Szczególnie takie sytuacje warto omawiać w superwizji, aby psychoterapeuta mógł kierować się najlepiej rozumianym interesem pacjenta i grupy, a nie uczuciami i postawą, wynikającymi z przeciwprzeniesienia czy identyfikacji projekcyjnej. Zdarza się, że w trosce o zdrowie czy życie pacjenta terapeuta zmuszony jest zmienić formę leczenia ze względu na pojawienie się innej choroby lub zaostrzenie już istniejących objawów. Wtedy zarówno pacjent, jak i pozostali członkowie grupy będą prawdopodobnie przeżywali takie zdarzenie podobnie jak w sytuacji nagłego opuszczenia leczenia z inicjatywy pacjenta. Inne jednak będzie zrozumienie roli terapeuty oraz powstałe wtedy projekcje na jego osobę. W takim wypadku interwencje będą skupione na zapewnieniu pacjentowi odpowiedniego pożegnania, a całej grupie — przestrzeni na otwarte wyrażenie ambiwalentnych uczuć w stosunku do terapeuty.

W rzadkich sytuacjach do przerwania leczenia dochodzi na skutek zaniedbań, błędów czy wręcz nadużyć ze strony prowadzącego grupę [26]. Przykładami zaniedbania w pracy psychoterapeuty mogą być: nieodpowiednie przygotowanie pacjentów; niewystarczająca dbałość o przestrzeganie granic i reguł grupowych; niewystarczająca stymulacja interakcji grupowych lub nadmierne wiązanie się terapeuty z jednym pacjentem, co może wywołać skrajne wycofanie się innego; poświęcanie niewystarczającej uwagi oporowi w grupie lub pozostawanie pod wpływem nierozwiązanych reakcji przeciwprzeniesieniowych. Błędem może być zbyt pospieszne dobieranie uczestników lub pozwolenie we wczesnej fazie terapii, aby nowy pacjent stał się kozłem ofiarnym. Do nadużyć należy zaliczyć pogwałcenie granic — podejmowanie stosunków seksualnych z pacjentem, finansowe wykorzystywanie pacjenta. Gdy taki kontekst jest podłożem rezygnacji pacjenta z leczenia, psychoterapeuta powinien spróbować badać, zapobiegać i radzić sobie z negatywnymi skutkami swoich oddziaływań. Poszkodowany pacjent powinien otrzymać pomoc, albo od swojego terapeuty (nazwanie sytuacji, próba ugody czy pojednania, skierowanie na inną terapię) albo od osób z otoczenia terapeutycznego w sytuacji, gdy dalsza relacja z terapeutą jest postrzegana przez niego jako zagrażająca (np. kontakt z komisją etyczną w odpowiednich organizacjach środowiska terapeutycznego). Bez względu na wariant, niezbędna jest wtedy głęboka refleksja terapeuty, omawianie przebiegu zdarzeń w superwizji lub/i w środowisku zawodowym, szukanie wsparcia współpracowników w celu zrozumienia profesjonalnych mechanizmów. Szczególnie początkujący terapeuci powinni dbać o odpowiednie wsparcie superwizyjne, rozwijanie umiejętności praktycznych i teorii terapii grupowej oraz doskonalenie swoich zdolności do leczenia pacjentów.

### Podsumowanie

Zjawisko przedwczesnego kończenia psychoterapii grupowej przez jednego z jej członków jest nieodłącznie związane z procesem leczenia. Zwykle jest to zdarzenie o złożonym przebiegu i różnorodnych przyczynach, które możemy umieścić zarówno po stronie pacjenta, prowadzącego grupę, relacji terapeutycznej, kultury grupy, jak i okoliczności zewnętrznych. Nie znamy stuprocentowych sposobów przeciwdziałania przerywaniu psychoterapii grupowej. Ciągłe istnieje potrzeba, aby badacze wyszli poza analizę związków

między czynnikami wpływającymi na przerywanie psychoterapii i zaproponowali oraz testowali modele mające zapobiegać porzuceniu leczenia. Jednocześnie żaden terapeuta nie powinien szczić się niewystępowaniem tego zjawiska w jego pracy, gdyż w pewnych okolicznościach wcześniejsze odejście pacjenta z grupy jest konieczne (np. zmiana formy leczenia), a w innych może się okazać korzystne dla pacjenta lub/i grupy. W większości wypadków drop-out jest przeżywany zarówno przez pacjenta, grupę, jak i psychoterapeutę, jako sytuacja trudna i niepożądana. W odróżnieniu od innych momentów krytycznych jest to szczególne wyzwanie i obciążenie dla wszystkich zaangażowanych osób, gdyż doprowadza do wykluczenia członka grupy z procesu leczenia — zwykle dotyczy to pacjentów szczególnie potrzebujących, a jednocześnie niepotrafiących w pełni korzystać z potencjału leczącego grupy. W odróżnieniu od psychoterapii indywidualnej, zerwanie więzi terapeutycznej przez członka grupy zatacza szerokie kręgi na wielu poziomach wychodząc poza diadę terapeuta — pacjent. Dlatego psychoterapeuci powinni nie tylko pogłębiać umiejętności efektywnego kwalifikowania do terapii i leczenia, ale i znać w stopniu podstawowym fenomen przerywania psychoterapii i mechanizmy nim rządzące, stoi bowiem przed nimi zadanie nie tylko uporania się z nieplanowanym rozstaniem z pacjentem, ale i pozyskanie wsparcia grupy w poradeniu sobie z tym zdarzeniem. Stąd w tej pracy proponujemy różnorodne interwencje psychoterapeutyczne w reakcji na tak obciążające dla pacjenta i grupy zdarzenie.

Adekwatne zakwalifikowanie pacjenta do grupy, przygotowanie go do uczestniczenia w tego rodzaju terapii oraz prowadzenie jej tak, aby maksymalizować korzyści pacjenta/grupy i minimalizować możliwość porażki, jawi się jako fundamentalna powinność terapeuty. Powinien on nie tylko podążać za procesem grupy, ale w trudnych sytuacjach podejmować inicjatywę i pomagać grupie przygotować się do zrozumienia i konstruktywnego przeżycia krytycznych sytuacji. Aby to osiągnąć, sam psychoterapeuta potrzebuje dużej wiedzy profesjonalnej, ciągle pogłębianej samoświadomości (m.in. poprzez terapię własną) oraz wsparcia w postaci superwizji lub/i pracy zespołowej.

### Piśmiennictwo

1. Rakowska J. Skuteczność psychoterapii, przegląd badań. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar; 2005.
2. Gajowy M, Marchewka D, Sala P, Simon W. Analiza przyczyn przerywania psychoterapii grupowej w aspekcie czynników dotyczących pacjenta. *Psychoter.* 2004; 2 (129): 47–57.
3. Bergin AE, Garfield SL. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition. New York: John Wiley and Sons; 1994.
4. Harris P. Attrition revisited. *Amer. J. Evaluation* 1998; 19 (3): 293–305.
5. Hummelen B, Wilberg T. Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *Int. J. Group Psychot.* 2007; 57 (1): 67–93.
6. Grzesiuk L, red. *Psychoterapia — szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1998.
7. Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: a critical review. *Psychol. Bull.* 1975; 82 (5): 738–783.
8. Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 1993; 2: 190–195.

9. Yalom I, Leszcz M. Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka. Kraków: Wyd. UJ, 2006.
10. Godart N, Rein Z, Perdereau F, Curt F i in. Predictors of premature termination of anorexia nervosa treatment. *Amer. J. Psychiatry* 2005; 162 (12): 2398–2400.
11. Rondeau G, Brodeur N, Brochu S, Lemire G. Dropout and completion of treatment among spouse abusers. *Violence Vict.* 2001; 16 (2): 127–143.
12. Simon W, Siwiak-Kobayashi M. Activity versus helplessness: motivational factors and the psychotherapeutic change. *Arch. Psychiatr. Psychother.* 2008; 3: 51–60.
13. Van Ingen D, Novicki D. An effectiveness study of group therapy for anxiety disorders. *Int. J. Group Psychot.* 2009; 59 (2): 243–252.
14. Seligman M. The effective use of psychotherapy. The consumer reports study. *Am. Psychol.* 1995; 50 (12): 965–974.
15. Roback HB, Smith M. Patient attrition in dynamically oriented treatment groups. *Am. J. Psychiatry* 1987; 144: 426–431.
16. Oei T, Kazimierczak T. Shorter communications. Factors associated with dropout in a group cognitive behaviour therapy for mood disorders. *Behav. Res. Ther.* 1997; 35 (11): 1025–1030.
17. Gajowy M. Analiza zjawiska przerywania psychoterapii grupowej w Klinice Nerwic z perspektywy pacjenta. Warszawa: IPiN; 2006.
18. Pekarik G. Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *J. Clin. Psychol.* 1992; 48 (1): 91–98.
19. Pulford J, Adams P, Sheridan J. Therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout revisited. *Comm. Ment. Health J.* 2008; 44 (3): 181–187.
20. Richarz B, Romisch S. Acting-out: its functions within analytic group psychotherapy and its transformation into dreams. *Int. J. Group Psychother.* 2002; 52 (3): 337–354.
21. Bernard H. Guidelines to minimize premature terminations. *Int. J. Group Psychother.* 1989; 39 (4): 523–529.
22. Page A, Hooke G. Best practices: increased attendance in inpatient group psychotherapy improves patient outcomes. *Psychother. Serv.* 2009; 60 (4): 426–432.
23. Godlenberg V. Ranking the correlates of psychotherapy duration. *Adm. Policy Ment. Health* 2002; 29 (3): 201–214.
24. Pawlik J, red. Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe. Warszawa: Eneteia; 2008.
25. Bernard H, Burlingame G, Flores P, Greene L. Clinical practice guidelines for group psychotherapy. *Int. J. Group Psychother.* 2008; 58 (4): 455–543.
26. Bernard H, MacKenzie K. Podstawy terapii grupowej. Gdańsk: Gdańskie Wyd. Psychologiczne; 2001.
27. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press; 2005.
28. McWilliams N. Diagnoza psychoanalityczna. Gdańsk: Gdańskie Wyd. Psychologiczne; 2009.
29. Edlund M, Wang P, Berglund P, Katz S. Dropping out of mental health treatment patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *Am. J. Psychiatry.* 2002; 159 (5): 845–857.
30. Lambert M, Whipple J, Smart D. The effects of providing therapist with feedback on patient progress during psychotherapy. *Psychother. Res.* 2001; 11 (1): 49–68.
31. Krogel J, Beecher M, Presnell J. The group selection questionnaire: a qualitative analysis of potential group members. *Int. J. Group Psych.* 2009; 59 (4): 529–543.

32. Burlingame G, Strauss B, Joyce A, MacNair-Seman R i in. Core battery-revised. New York: Am. Group Psychother. Ass.; 2006.
33. Johnson C. A process-oriented group model for university students: a semi-structured approach. *Int. J. Group Psychother.* 2009; 59 (4): 511–529.
34. Bleyen K, Vertommen H, Steene G. Psychometric properties of the psychotherapy expectancy inventory-revised (PEI-R). *Psychother. Res.* 2001; 11 (1): 69–83.
35. Lazaratou H, Anagnostopoulos D. Treatment compliance and early termination of therapy: a comparative study. *Psychother. Psychosom.* 2006; 75 (2): 113–129.
36. Zweben A, Li S. The efficacy of role induction in preventing early dropout from outpatient treatment of drug dependency. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 1981; 8 (2): 171–183.
37. Simon M, Gajowy M. Terapia grupowa dla osób doświadczających następstw przemocy, zaniebdania i straty ciąży. *Psychiatr. Pol.* 2002; 6 (36): 911–927.
38. Golkaramnay V, Bauer S, Haug S. The exploration of the effectiveness of group therapy through an Internet chat as aftercare. *Psychot. Psychosom.* 2007; 76 (4): 219–228.
39. Kernberg O. A system approach to priority setting of interventions in groups. *Inter. J. Group Psychother.* 1975; 251–275.
40. Shapiro EL, Giznberg R. Parting Gifts: Termination rituals in group therapy. *Int. J. Group Psychot.* 2002; 52 (3): 319–337.

Adres: dr n. med. Marek Gajowy  
mgajowy@gabine-ty.pl  
Gabinety Psychoterapii i Diagnostyki  
ul. Baboszevska 1/75, 02-647 Warszawa