

Joanna Szelięa-Lewińska

Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicowych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Ogólny model terapii grupowej

The general model of group therapy

Abstract

This article presents the general model of group therapy, which is the effect longitudinal clinical experiences and may be as a base in every kind of group therapy. The aim of this review is to show the readers that this form of treatment is effective in treating psychiatric disorders and various interpersonal and intrapsychical problems. The author stresses the role of group process in achieving changes. The group dynamics may be described by eleven factors. This article cites research, which measure effectiveness of group therapy and all so presents future courses.

Psychiatry 2010; 7, 3: 104–116

key words: group therapy, group process — group dynamics, phases of developing therapeutic group, therapeutic factors

Wstęp

Początki terapii grupowej sięgają lat 40. XX wieku. Od tego czasu była (i nadal jest) modyfikowana w taki sposób, aby wpisująca się w podlegający ciągłym zmianom charakter praktyki klinicznej. Jej struktura, cele i rola psychoterapeuty dostosowują się do pojawiających się nowych ujęć teoretycznych oraz klinicznych jednostek chorobowych. Wzrastająca świadomość leczących się osób na temat skuteczności psychoterapii grupowej wpływa na wykorzystywanie jej w terapii różnych zaburzeń psychicznych (między innymi: zaburzeń osobowości, zachowania, nerwicowych, nastroju, psychoz, uzależnienia), w celu wspierania osób cierpiących na różnego rodzaju choroby somatyczne (przede wszystkim grupy wsparcia dla chorych z nowotworami, chorobami niedokrwiennymi serca, cukrzycą, stwardnieniem rozsianym), do przepracowania różnych trudnych wydarzeń życiowych (na przykład: żałoba, gwałt) oraz do rozwoju osobistego. Współczesna terapia grupowa wykorzystuje w swych ramach różne podejścia techniczne, między innymi: Gestalt, poznawczo-behawioralne,

interpersonalne, psychoedukacyjne, psychoanalityczne, psychodynamiczne, egzystencjalne, psychodramatyczne. Wybór spośród szerokiego wachlarza możliwych technik jest determinowany rodzajem problemu klienta/pacjenta, wykształceniem psychoterapeuty, a także warunkami zewnętrznymi (ambulatoryjnie v. stacjonarnie), w jakich odbywa się terapia. Kratochvil opisuje dynamikę grupową jako relacje i interakcje zachodzące pomiędzy członkami i terapeutą, jak również pomiędzy samymi członkami grupy. Innymi słowy, jest to całościowy zjawisk i interakcji grupowych. Dynamikę tworzą także: fakt istnienia i działania grupy oraz siły środowiska zewnętrznego, które terapeuta wykorzystuje w celach leczniczych. Na dynamikę grupy składają się zwłaszcza: cele i normy grupy, przywództwo, spójność i napięcie, rzutowanie dawnych doświadczeń i stosunków na aktualnie zachodzące interakcje, tworzenie się podgrup oraz wzajemne relacje jednostek i grupy. Dynamikę grupy wyznacza również jej rozwój w czasie [1]. Yalom i Leszcz nie używają określenia „dynamika grupowa”, lecz proces grupowy. Proces w psychoterapii odnosi się do charakteru relacji między oddziałującymi na siebie jednostkami — członkami i terapeutami. Pełne zrozumienie procesu wymaga uwzględnienia dużej liczby czynników, włącznie z wewnętrznym światem psychicznym każdego z członków, interakcjami interpersonalnymi, siłami grupy jako

Adres do korespondencji:

dr n. med. mgr psych. Joanna Szelięa-Lewińska
Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicowych GUMed
ul. Dębinki 7/25, 80–952 Gdańsk
tel.: (58) 349 27 45
e-mail: joansz@amg.gda.pl

całości oraz klinicznym otoczeniem grupy [2].

Można sformułować kilka celów, jakie mogą zostać postawione w grupie terapeutycznej (poniższa lista nie wyczerpuje wszystkich, bowiem cele mogą być modyfikowane w zależności od struktury grupy, uczestników):

- uzyskanie wglądu w problematykę osoby i udzielenie jej pomocy w zrozumieniu i zmianie niewłaściwych postaw [1];
- zmiana nieprawidłowych wzorców zachowań w kierunku bardziej adekwatnego przystosowania społecznego [1];
- oduczanie automatycznych sposobów reagowania na innych poprzez poszerzenie świadomości na temat możliwych interpretacji różnych zachowań,
- pośredniczenie w poznaniu praw, układów interpersonalnych i procesów grupowych jako podstawy bardziej skutecznego i zgodnego z postępowaniem z ludźmi [1];
- rozwój kompetencji społecznych i uczenie empatii;
- wspomaganie dojrzewania osobowości w sensie rozwinięcia przez każdego uczestnika własnych potencjalnych możliwości oraz osiągnięcia optymalnej sprawności i poczucia szczęścia [1];
- przepracowanie konfliktu zależność *versus* niezależność;
- uświadomienie sobie wpływu i odpowiedzialności za własne życie;
- określenie i modyfikacja systemu wartości;
- poznanie siebie poprzez większą świadomość własnych uczuć i ich związku z myślami oraz zachowaniem;
- uzyskanie większej pewności siebie, lepszego obrazu własnej osoby i wyższej samooceny [3];
- odkrywanie alternatywnych strategii rozwiązywania konfliktów;
- przeżycie osobistej zmiany w grupie z nadzieją na przeniesienie nabytych umiejętności do swojego codziennego życia [3];
- usunięcie objawów chorobowych za pomocą treningu behawioralnego albo poprzez rozwiązanie konfliktu wewnątrzpsychicznego czy interpersonalnego [1].

Ważną rolę w dynamice grupy terapeutycznej odgrywają normy, które powstają jako zbiór zasad obowiązujących w danej grupie. Pewne zasady zostają sformułowane wprost, na pierwszym posiedzeniu, inne kształtują się w toku procesu grupowego. Niektóre zasady muszą być obecne w każdej grupie terapeutycznej, bowiem bez nich niemożliwa jest praca terapeutyczna. Jedną z nich jest zasada zaufania i dyskrecji; to, co dzieje się na grupie, nie może zo-

stać wyniesione poza nią, a wszelkie tego przejawy muszą zostać omówione na sesji terapeutycznej. Ta zasada poufności obowiązuje również terapeutów. Są zobowiązani do zachowania całkowitej tajemnicy, chyba że istnieje zagrożenie życia kogoś z uczestników. Normy w grupie terapeutycznej dotyczą także tego, jak uczestnicy będą zwracali się do siebie (najczęściej mówią sobie po imieniu), jakie czynności w trakcie sesji są zakazane (na przykład picie kawy, opuszczania sesji czy wychodzenia w trakcie jej trwania). Niektóre normy mogą się pojawiać, a jednocześnie nie muszą zostać nazwane wprost. Na przykład uczestnicy w trakcie kolejnych posiedzeń uczą się, że dzielenie się swoim doświadczeniami, wrażeniami, udzielanie informacji zwrotnych jest niezbędnym elementem w pracy grupy.

Powyżej opisano elementy, które są niezbędne, aby grupa terapeutyczna mogła zaistnieć, a więc: psychoterapeuta, uczestnicy i ustalone przez nich cele, które są realizowane na podstawie dynamiki i kształtujących się norm.

Ogólny model terapii grupowej

Z uwagi na ogrom możliwych form terapii grupowej, ważne jest wskazanie pewnego modelu/prototypu, który pomógłby w zrozumieniu, na czym polega taka forma leczenia, do kogo jest adresowana, a także kto może ją prowadzić. Prezentowany w niniejszym artykule ogólny model terapii grupowej jest oparty na doświadczeniach własnych oraz wnikliwych obserwacjach klinicznych i licznych badaniach empirycznych. Bez względu na szkołę terapeutyczną, w każdej grupie obowiązuje zasada pracy „tu i teraz” [4].

Koncentracja na tym, co dzieje się „tu i teraz” jako podejście w terapii, powstała na bazie doświadczeń grup spotkaniowych (treningów grupowych). Podczas posiedzeń tego rodzaju grup prowadzący zaczynali spotkanie od prośby: spróbujmy utrzymać wszystkie nasze komentarze w przestrzeni „tu i teraz” [5]. To podejście uwalnia od głębokiej analizy historii życia każdego z uczestników; zakłada, że każdy członek grupy powiela swoje problemy życiowe w trakcie procesu, co umożliwia bezpośrednie przyglądanie się dysfunkcyjnym zachowaniom. Dzięki wrażeniom, komentarzom, reakcjom innych, osoba ma okazję pogłębić wiedzę o sobie i swoim funkcjonowaniu w relacjach z innymi. W tej sytuacji trudno jest podważać usłyszane informacje. Refleksja nad sobą jest możliwa, jeśli grupa jest spójna i bezpieczna. Koncentracja na „tu i teraz” oducza pacjentów „uciekania” w przyszłość czy przeszłość, zmusza do zajmowania się tym, co dzieje się w danej chwili,

uczy wrażliwości na doznania płynące z ciała, na rozpoznawanie uczuć, potrzeb, myśli. Wymiana informacji na temat wzajemnych odczuć i wrażeń pomiędzy uczestnikami w grupie znacznie poszerza ich świadomość samych siebie. Proces interpersonalny w grupie jest lustrem funkcjonowania psychospołecznej osoby. Zasadę „tu i teraz” wprowadza terapeuta, który w subtelny sposób uczy pacjentów. Uświadomienie sobie własnej postawy życiowej wobec innych i sytuacji, jest niezbędnym warunkiem, aby pacjent próbował modyfikować swoje zniekształcone myśli czy wypróbował nowe formy zachowań. „Jeśli terapeuci będą skutecznie wykonywać swą pracę, członkowie zaczną rozumieć swój styl interpersonalny i ostatecznie podejmą eksperymenty z nowym zachowaniem” [2].

Fazy rozwoju grupy terapeutycznej

Dynamika grupowa zależy od osobowości pacjentów i terapeuty, ale każda grupa, choć w różnym tempie, przechodzi przez taki sam schemat faz rozwojowych. Ogólnie autorzy wymieniają 3–4 fazy rozwoju grupy [1, 6], które w literaturze mają różne nazwy.

Pierwszy etap jest określany mianem orientacji, zależności, zagrożenia, poszukiwania sensu [1, 6]. Warto wspomnieć o pierwszej sesji terapeutycznej, bowiem odgrywa ona szczególną rolę w procesie terapeutycznym. Można założyć, że już na żadnej innej sesji uczestnicy nie będą w tak dużym niepokoju wynikającym z niewiedzy — „co mnie tu czeka?”. Członkowie grupy obawiają się tego, co może się zdarzyć, ale jednocześnie nie wiedzą, czy można o tym mówić. Niektórzy z nich na nowo przeżywają wcześniejsze przykre doświadczenia z innymi grupami społecznymi (na przykład klasa, kolonie). Podczas pierwszej sesji terapeuta musi zmniejszyć ich niepokój. Pomaga w tym przypomnienie, na czym będą polegały sesje terapeutyczne, podkreślenie obowiązku przestrzegania zasady zaufania, dyskrecji i szczerości. Psychoterapeuta przez całą sesję musi starać się zadbać o wszystkich członków grupy i sprawić, aby zakończyli to spotkanie z uczuciem nadziei. Podczas pierwszej sesji terapeuta musi być bardzo aktywny, bowiem w dużym stopniu od niego zależy jej przebieg i efekt. Na kolejnych spotkaniach grupowych stopniowo wycofuje swą aktywność. Jego zamierzona niska aktywność nasila w uczestnikach frustrację. Pojawiające się napięcie jest skutkiem sprzecznych oczekiwań: z jednej strony uczestnicy chcą, aby psychoterapeuta powiedział im, co mają robić, a z drugiej boją się, że nie będą w stanie temu sprostać. Na początkowych sesjach uczestnicy obserwują siebie nawzajem i zastanawiają się nad tym, co zrobić, a czego

nie. Nikt nie chce być pierwszy, bo każdy boi się oceny. Na tym etapie pojawia się dużo pytań, uczestnicy zastanawiają się, o czym można mówić. Czasami ktoś z członków grupy poda jakiś temat i inni się przyłączą. Najchętniej mówią o objawach. Stawiają pytania terapeutycie i grupie o to „co zrobić z objawami?”. Brak jednoznacznych odpowiedzi ze strony terapeuty i jego niska aktywność nasilają napięcie, co zmusza uczestników do wyrażenia swojego gniewu i niezadowolenia. Pojawiają się komentarze: „co my tu robimy?”, „dlaczego on nam nie pomaga?”. Taka postawa psychoterapeuty ma pomóc w przewyciężaniu zależności. Na tym etapie najważniejsze jest, by uczestnicy byli aktywni oraz przekonywali się, że można mówić i że każdy ma do tego prawo. Terapeuta pilnuje, aby każdy mógł coś powiedzieć i by nie padały oceny. Taka atmosfera ma sprzyjać poczuciu bezpieczeństwa. Terapeuta stara się także pomagać uczestnikom, aby zastanawiali się nad tym, co przeżywają. Zwraca uwagę na uczucia i nazywa je.

Gdy uczestnicy już się trochę poznają, zaczynają szukać swojego miejsca w grupie. Jest to początek drugiej fazy — konfliktu, buntu. Każdy z nich poszukuje swojej roli w grupie, która pozwoli mu bezpiecznie funkcjonować. Pojawia się rywalizacja, próba przejęcia władzy, kontroli. Każdy z uczestników walczy o swoje miejsce we własny wyuczony sposób. Czasami ta walka może dziać się niezbyt jawnie, ale zawsze ma ona miejsce.

Przykładowe role w grupie [1], które mogą przyjąć uczestnicy, to między innymi:

- rola lidera — osoba, na której można się oprzeć, która aktywizuje innych do działania, jest motorem konstruktywnych zachowań, jest postrzegana przez innych jako inteligentna, bystra;
- rola gwiazdy — osoba, którą lubią wszyscy, która unika sytuacji konfliktowych i stara się być miła i przyjazna dla wszystkich;
- rola cierpiętnika — osoba starająca się skupić uwagę na sobie poprzez wyolbrzymianie swojego cierpienia i jednocześnie odrzucająca konstruktywną pomoc;
- szara eminencja — osoba w roli obserwatora, tajemnicza, budząca ciekawość u innych;
- rola mędrca — osoba budząca szacunek, u której myślenie dominuje nad przeżywaniem;
- rola błazna — osoba, która wyczuwa napięcie i niepokój w grupie i swoją postawą, zachowaniem stara się je rozładować, często narażając się na ośmieszenie;
- rola kozła ofiarnego — osoba wykorzystywana przez grupę do odreagowywania trudnych uczuć.

Bez względu na to, jakiej roli uczestnicy się podejmą, jest ona odzwierciedleniem tego, jak funkcjonują w swojej niszy społecznej. Z pewnością każda osoba na swój sposób próbuje uzyskać zainteresowanie, akceptację innych i ochronić siebie przed odrzuceniem lub bolesnością spodziewanego odrzucenia. Dzięki dynamice grupowej, uczestnicy będą mogli przyrzeć się swojej roli i coś z nią zrobić — zaakceptować, całkowicie bądź częściowo zmienić.

Na tym etapie procesu grupowego, sfrustrowani uczestnicy muszą skonfrontować swoje nierealistyczne wyobrażenia o psychoterapeucie z jego rzeczywistymi możliwościami. Jest to etap niezbędny do przepracowania zależności. Niektóre osoby od początku traktują terapeutę jak wroga. W tej sytuacji muszą one przyrzeć się swojej przeciwzależnej postawie. Psychoterapeuta musi stworzyć warunki, aby uczestnicy mogli odreagować złość, frustrację skierowane do autorytetu; to szczególnie trudna faza dla młodego terapeuty. Ważne jest, aby umiał odróżnić atak uczestników na jego rolę w grupie od agresji skierowanej bezpośrednio na niego. Uczestnicy muszą poradzić sobie z walką, rywalizacją, napięciem tak, aby zobaczyć, że mogą być samodzielni jako grupa. W fazie buntu uczestnicy mają sposobność wyrazić swoje różne, często trudne uczucia, szczególnie wobec terapeuty. Konfrontują swoje fantazje na temat jego mocy, co pozwala im zobaczyć, że to oni mają wpływ na to, jak przebiega sesja. Każdy z nich, dzięki przyjętej roli grupowej, ma już swoje określone miejsce, co zwiększa poczucie bezpieczeństwa. Członkowie grupy czują się bliżej siebie. Są to kroki niezbędne do wzięcia odpowiedzialności za swoje życie. Dopóki uczestnicy mają przekonanie, że to terapeuta czy inna zewnętrzna siła ich uzdrowi, nie są w stanie przyglądać się sobie i szukać przyczyn w swoim dysfunkcyjnym myśleniu czy zachowaniu. Pojawienie się wzajemnej bliskości, bezpieczeństwa i poczucia wpływu wskazują, że rozpoczyna się etap trzeci, nazywany fazą integracji, spójności, współpracy. Niektórzy autorzy uważają, że jest to ostatnia faza [6], która trwa do zakończenia terapii. Inni wyodrębniają jeszcze czwarty etap — fazę celowej i świadomej aktywności [1]. Osobiste doświadczenia w pracy z grupami terapeutycznymi pokazują, że podział uwzględniający cztery etapy jest zasadny. Często po okresie buntu i konfliktów, członkowie tak cenią sobie przyjazną atmosferę, że niechętnie wypowiadają się na trudne tematy. Obawiają się powrotu napiętej atmosfery. Istnieje ryzyko, że dążenie do tego, „aby było miło i sympatycznie” będzie ważniejsze niż zmiana i przyglądanie się so-

bie. Jednocześnie taka chwila „ulgi” pomaga zmobilizować się do dalszej pracy.

Psychoterapeuta musi zadbać o to, aby uczestnicy weszli w czwartą fazę celowej i świadomej aktywności. W tej fazie dynamika grupowa ujawnia się w całej swojej okazałości. Członkowie grupy są spontaniczni, z łatwością udzielają sobie informacji zwrotnych, są skłonni do refleksji i pogłębiania poruszanych trudności. Terapeuta stara się podążać za nimi, a jednocześnie uwrażliwia ich na to, co dzieje się „tu i teraz”. Czuwa, aby pojawiły się wszystkie niezbędne czynniki terapeutyczne. Koncentracja na tym, co dzieje się „tu i teraz” pomaga w utrzymywaniu przekonania, że to jednostka jest kreatorem swojego życia.

Kłopotliwe sytuacje w terapii grupowej

Przedstawiona charakterystyka poszczególnych faz rozwoju terapii grupowej była skoncentrowana na pozytywnych zjawiskach z punktu widzenia dynamiki — one zawsze popychały uczestników o krok dalej w terapii. Jednocześnie w trakcie procesu terapeutycznego występują sytuacje, które wpływają niekorzystnie na rozwój grupy, szczególnie, gdy zostaną pominięte czy niezauważone przez terapeutę.

Praktycznie w każdej grupie dochodzi do stworzenia podgrupy [7]. Przeważnie ma to destrukcyjny wpływ na proces, aczkolwiek dzięki czujnej postawie terapeuty i jego umiejętności połączenia tej sytuacji z aktualną dynamiką grupową możliwe jest wykorzystanie tego zjawiska do celów rozwoju. Jedną z przyczyn tworzenia się podgrup jest trudność w jawnym wyrażaniu złości wobec terapeuty. Jest to problem psychoterapeuty, który jawi się jako osoba autorytarna bądź przesadnie wrażliwa, delikatna. Jego postawa uniemożliwia uczestnikom odreagowanie złości skierowanej do autorytetu. Innym czynnikiem sprzyjającym tworzeniu się podgrupy jest niechęć przed zmianą i przekonanie, że osoba bardziej skorzysta na bliskości z jednym czy z dwoma uczestnikami niż z całą grupą. Osoby wchodzące w skład podgrupy są skupione nie na zmianie, ale na zaspokojeniu potrzeb (dominacji, seksualnych). W grupie nie ma możliwości, aby je zaspokoić. Z reguły te osoby unikają konfrontacji z innymi uczestnikami, mają swoje tajemnice i często mogą sprawiać wrażenie, że stawiają się w pozycji lepszych. Członkowie podgrupy będą przedkładali wartość relacji seksualnej nad grupę. Ich aktywność na zewnątrz często służy rozładowaniu napięcia powstałego w grupie. Kiedy powstaje podgrupa, zostaje naruszona zasada zaufania i pojawia się konflikt lojalności. Bycie w podgru-

pie uniemożliwia otwarte przyglądanie się sobie. Z kolei uczestnicy, którzy zostali wykluczeni z podgrupy, mogą przeżywać w związku z tym poczucie odrzucenia, nieatrakcyjności i w efekcie przerwać terapię. Terapeuta powinien stworzyć warunki, aby członkowie grupy mogli opowiedzieć o tym, co przeżywają i myślą. Podzielenie się refleksjami, wrażeniami pozwala na pogłębienie wiedzy o sobie. Zdarza się, szczególnie w przypadku pacjentów z osobowością psychopatyczną, u których potrzeba dominacji i niechęć przed zmianą determinują ich aktywność, że od samego początku terapii starają się stworzyć podgrupę („lepsi–gorsi”), a czasami nawet wciągnąć w nią terapeutę. Terapeuta więc musi czuwać, aby każda aktywność poza grupą dwóch lub większej liczby uczestników została omówiona w grupie i w ten sposób może stać się pozytywnym czynnikiem w procesie zmiany.

Innym trudnym zjawiskiem w grupie są konflikty [7]. Źródłem wrogości w stosunku do innych uczestników, wyrażanej przez deprecjonowanie ich opinii, jest w rzeczywistości brak szacunku do samego siebie. Osoba nie jest w stanie dostrzec wartości w słowach, czynach uczestników, którzy mają podobny status do niej. Czasami wpływ na agresywne zachowania ma mechanizm przeniesienia negatywnych doświadczeń z przeszłości w relacji z jakąś osobą, na uczestnika, który pod jakimś względem kojarzy się z nią. Czasami osoba projektuje własne nieakceptowane i stłumione cechy na inną osobę, co uruchamia w niej z jednej strony potrzebę zbliżenia się, a z drugiej potrzebę odsunięcia. Wrogość skierowana do terapeuty, może być rozumiana jako skutek radzenia sobie z konfliktem zaleźność *versus* niezależność. Czasami w grupie mogą być osoby, którym sytuacje konfliktowe dostarczają jakichś korzyści psychologicznych. Ważne jest, aby uczestnicy mieli okazję do przyglądania się własnym uczuciom, myślom i sposobom radzenia sobie w takiej sytuacji. Gdy grupa jest zintegrowana, a osoba skonfliktowana ma poczucie, że jest akceptowana przez członków, wtedy może przyjrzeć się swoim zniekształceniom poznawczym, które stosuje przy interpretowaniu zachowań czy słów innych uczestników.

W każdej pracy z ludźmi zdarzają się tak zwani kłopotliwi pacjenci/klienci — podobnie jest w terapii grupowej. Są to osoby uciążliwe zarówno dla terapeuty, jak i uczestników, bowiem utrudniają przebieg sesji terapeutycznej, hamują proces zmiany. Yalom i Leszcz jako trudnych pacjentów w procesie terapii grupowej wymieniają między innymi: mono-

polistę, milczącego pacjenta oraz odrzucającego pomoc gderacza [8].

Monopolista to osoba, która bardzo dużo mówi, ma trudność w wytrzymywaniu okresów milczenia. Zawsze się odezwie, kiedy ktoś inny zabierze głos. Przedstawia wiele faktów, czasami opisuje coraz bardziej dramatyczne zdarzenia, które wymagają natychmiastowej pomocy. Takie działania utrudniają wzajemne interakcje innym uczestnikom i utrudniają proces integracji. Przyczyną takiego zachowania monopolisty jest lęk, który wzmagają kompulsywne mówienie. Szczególnie na pierwszych sesjach, gdy lęku i niepokoju jest dużo, taka osoba bardzo dużo mówi [1, 8].

Pacjent milczący nie jest tak bardzo kłopotliwy jak wcześniej omawiany i zdarza się, że odnosi on korzyści z terapii. Dzięki obserwowaniu pracy terapeutycznej innych uczestników może dowiedzieć się czegoś o sobie i tę wiedzę wykorzystywać poza grupą. Aczkolwiek według badań, najczęściej korzyści z terapii mają najbardziej aktywni członkowie [8]. Milczący pacjent nie zabiera głosu z powodu lęku przed odsłonięciem i obaw, jak zostanie odebrany. Czasami może obawiać się jednego z uczestników grupy, wstydzić się, przewidywać atak, po ujawnieniu fragmentu życiorysu. Milczący pacjent często ma problem w realizowaniu własnej potrzeby znaczenia i brakuje mu konstruktywnych sposobów, aby ją zaspokoić. Jego milczenie uruchamia w każdym z członków grupy jakieś fantazje. Czasami złością się na jego bierność, kierują na niego agresję, posądzają o wywyższanie się, mogą używać jego osoby jako wyjaśnienia, dlaczego sami się nie odsłaniają, usprawiedliwiają tym samym własny lęk przed zmianą. Poznanie przyczyn, dla których pacjent milczy, wydaje się ważne zarówno z uwagi na proces grupowy, jak i indywidualne korzyści, jakie może odnieść pacjent.

Odrzucający pomoc gderacz to osoba, która koncentruje uwagę grupy na określonym problemie, pozornie szuka u nich rad, wskazówek i po zaangażowaniu się grupy, odrzuca wszelkie propozycje. Osoba taka podkreśla własne cierpienie i to, że jest ono znaczenie większe niż innych osób, często stara się wciągnąć terapeutę w indywidualne poradnictwo na tle grupy. W efekcie takie zachowanie ma na celu zyskiwanie zainteresowania i unikanie zmiany. Pozostali uczestnicy są tym zmęczeni i sfrustrowani [8].

W trakcie trwania terapii mogą pojawić się normy antygrupowe [2]. Postawy uczestników, które są ich odzwierciedleniem to idealizowanie terapeuty i ostrzeganie jego komentarzy, wrażeń, jako coś naj-

lepszego, najważniejszego oraz niedoceniając informacji od uczestników, a także traktowanie go jak wroga. Psychoterapeuta powinien to zauważyć, pokazać i stworzyć warunki, aby można było omówić problem.

Nad tymi zjawiskami w terapii grupowej czuwa terapeuta, który w równym stopniu jest zainteresowany każdym z uczestników, a jednocześnie czuwa nad całym procesem. Terapeuta powinien mieć rozległą wiedzę merytoryczną, by wykorzystać negatywne zdarzenia jako czynniki dynamizujące proces. Osiągnie to, jeśli wierzy w skuteczność takiej formy leczenia i jest zainteresowany innymi ludźmi, a w trakcie sesji terapeutycznych jest autentyczny, otwarty, akceptujący i empatyczny. Terapeuta przez cały proces grupowy ma za zadanie dbać o to, aby liczba uczestników nie uległa zmianie. Buduje kulturę grupy poprzez nagradzanie zachowań sprzyjających budowaniu spójności grupy i zachowań, które są skoncentrowane na tym, co dzieje się „tu i teraz”. Jest modelem konstruktywnych zachowań, zachęca do zaangażowania. Ponadto pomaga w kształtowaniu ról, czasami w sposób jawny bądź ukryty. Jego wypowiedzi w dużym stopniu są traktowane przez uczestników jako wskazówka, jak należy postępować. Terapeuta musi być uważny i dbać o wszystkich członków grupy, o tych milczących i o tych nadmiernie „gadających”. Widzieć to i odnosić do wpływu na pracę całej grupy. Musi mieć wiedzę, że siła grupy tkwi we wzajemnych interakcjach i że rozumienie tego procesu i pomoc uczestnikom w jego wykorzystywaniu należy do zadań terapeuty. Terapeuta powinien wychwycić przyczyny, z powodu których grupa jest na przykład „w oporze” i potrafić to nazwać w sposób akceptowalny dla uczestników. Czasami są to tematy dotyczące seksualności, których uczestnicy boją się poruszyć — terapeuta musi umieć wprowadzić to zagadnienie.

Podsumowując, na psychoterapeucie spoczywa wiele zadań. Stanowi to duże obciążenie intelektualne i emocjonalne, stąd wskazane jest prowadzenie terapii grupowej z koterapeutą. Prowadzenie terapii grupowej przez dwie osoby pozwala także minimalizować ryzyko popełniania błędów, odkrywać własne przeniesienia i przeciwprzeniesienia.

Czynniki terapeutyczne

Jak już wcześniej wspomniano, w trakcie rozwoju procesu grupowego pojawiają się czynniki terapeutyczne, czyli zjawiska, które przyczyniają się do zmiany

i realizacji celów terapeutycznych. Są one efektem dynamiki interakcji między uczestnikami. Występują w każdej grupie, z różnym natężeniem i stanowią odmienną wartość dla poszczególnych uczestników. Ich siła zależy od specyfiki grupy. Yalom i Leszcz wymienili 11 głównych czynników terapeutycznych:

1. zaszczepianie nadziei;
2. uniwersalność;
3. udzielanie informacji;
4. altruizm;
5. korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej;
6. rozwój umiejętności społecznych;
7. naśladowanie;
8. uczenie się interpersonalne;
9. spójność grupy;
10. *katharsis*;
11. czynniki egzystencjalne [9].

Wymienione czynniki nie występują samodzielnie, lecz są ze sobą powiązane. Ich działanie może poruszać odmienne obszary osobowości. Spójność członków grupy jest niezbędnym elementem umożliwiającym zmianę, rozwój umiejętności społecznych dotyka obszaru behawioralnego, *katharsis* działa na poziomie emocjonalnym, poznanie siebie dzięki udzielaniu informacji zwrotnych jest związane z poznaniem [9]. Wiedza na temat wyodrębnionych czynników terapeutycznych ułatwia zrozumienie, jak dochodzi do zmiany w terapii grupowej.

Budzenie nadziei i jej podtrzymywanie jest niezbędnym elementem w każdej formie terapii, bez którego inne czynniki nie zadziałają. Uczestnik powinien poczuć, że koszty związane z uczestnictwem w terapii przyniosą mu korzyść. Zarówno terapeuta, jak i pacjenci powinni wierzyć w skuteczność grupy [9]. Uczestnicy wchodzący do grupy często mają poczucie wyjątkowości własnych objawów, czują się odmienni, a przez to gorsi, co wzmacnia mechanizm wycofywania się z życia społecznego. Pacjenci słysząc, że inni mają podobne trudności/objawy, odczuwają ulgę, wierzą, że zostaną zrozumiani. Członkowie grupy mają tendencję do poszukiwania „kompana w biedzie”, dobierają się na zasadzie podobieństwa objawów, a podobne dolegliwości zbliżają ich do siebie. To zjawisko sprzyja poczuciu, że nie jest się samemu [9].

W trakcie terapii dochodzi do wymiany informacji na temat objawów i ich związku z emocjami, przekonaniami, działaniem. Uczestnicy rozmawiają także na tematy dotyczące zachowań prozdrowotnych. Ten wątek psychoedukacyjny pojawia się samoistnie [9]. Uczestnicy grupy spontanicznie wymieniają się

własnymi spostrzeżeniami na temat różnego rodzaju zaburzeń psychicznych i ich rozumienia. Zadają pytania bezpośrednio terapeutę. Jest to częsty wątek na początkowych sesjach, kiedy nie pojawiły się jeszcze inne czynniki terapeutyczne. Wiedza na temat objawów (na przykład paniczny lęk) i sposobu radzenia sobie z nimi (na przykład konkretne techniki oddychania) jest niezbędnym elementem w terapii grupowej, szczególnie gdy uczestnicy mają to samo rozpoznanie (na przykład zaburzenia lękowe z napadami paniki), czy mają za sobą podobnego rodzaju kryzys życiowy (na przykład gwałt, rozwód). Dzięki zdobytej wiedzy poszerzają swoją świadomość na temat życia psychicznego, co zwiększa poczucie, że mają wpływ na objawy. Ma to wartość terapeutyczną i pozwala przygotować się do zmiany. Obok spontanicznie pojawiającego się wątku psychoedukacyjnego, inicjowanego przez pacjentów w trakcie trwania terapii grupowej, psychoterapeuta może go wprowadzić w formie zajęć dodatkowych. Szczególnie jest to wskazane w przypadku grup pracujących w systemie stacjonarnym. Również ten aspekt pojawia się podczas rozmów indywidualnych z uczestnikami prowadzonych przez psychoterapeutę przed przyjęciem do grupy oraz w trakcie sesji przygotowawczej. Dzięki uzyskanym informacjom, na tym początkowym etapie terapii pacjent ma okazję poznać, jak rozumiane są przeżywane przez niego zaburzenia i jaką rolę terapeutyczną może w tym aspekcie odegrać proces terapii grupowej. Terapeuta może także poprosić uczestników, aby zapoznali się z dostępnymi na rynku publikacjami skierowanymi do pacjentów, zawierającymi informacje na temat różnych zaburzeń psychicznych i dostępnych sposobów leczenia.

Istotnym zjawiskiem występującym w każdej grupie terapeutycznej jest wzajemne udzielanie porad [9]. Uczestnicy dają najwięcej rad i wskazówek na wczesnym etapie procesu grupowego. Jest to wynikiem oporu przed głębszym przyjrzeniem się omawianym problemom. Udzielanie porad może być odczytywane jako wyraz troski i zainteresowania drugim człowiekiem. Treść porad nie jest istotna, bowiem często są one nieskuteczne, ale sposób ich udzielania i przyjmowania pokazuje ważny aspekt relacji z innymi ludźmi.

Altruizm jest ważnym elementem pozwalającym uczestnikom wzmocnić poczucie własnej wartości [9]. Pacjenci psychiatryczni często mają przekonanie, że są do niczego i widzą siebie jako osoby, które przynoszą innym tylko zmartwienie. W trakcie terapii, dzięki wzajemnej wymianie własnych doświadczeń, wrażeń, dzieleniu się tym, co mają, stopniowo od-

krywają, że inni ich cenią, darzą szacunkiem. Ludzie chcą czuć, że są ważni dla innych i potrzebni. Analizując informacje uzyskane od pacjentów na zakończenie terapii grupowej, większość podkreśla, że to uczestnicy byli ważnym czynnikiem leczącym, że to ich działanie w dużym stopniu przyczyniły się do poprawy ich funkcjonowania.

Większość osób, które trafiają na terapię grupową, ma za sobą trudne, obciążające relacje w rodzinie generacyjnej. W rodzinie pochodzenia kształtują się wzorce relacji z innymi, kształtuje się osobowość i w niej często tkwi źródło niezaspokojonych potrzeb i niespełnionych oczekiwań. To rzutuje na późniejsze relacje z innymi, tworzone związki partnerskie. Grupa dzięki swej różnorodności uczestników, pozwala na odzwierciedlenie pierwotnej grupy rodzinnej i innych znaczących relacji. Są bowiem w niej postaci autorytetów/rodziców, rówieśników/rodzeństwa, a także silne emocje zarówno pozytywne (na przykład współczucie, zainteresowanie, podziw), jak i negatywne wynikające z rywalizacji, zazdrości. Z uwagi na ten element, często grupy terapeutyczne są prowadzone przez 2 terapeutów odmiennej płci, co wzmaga proces przeniesienia. Jeśli terapeuci są postrzegani jako rodzice, uczestnicy będą na nich reagować jak na swoich rodziców. W trakcie procesu terapeutycznego ważne jest, aby uczestnicy mieli okazję przyjrzeć się swoim sztywnym wzorcom postępowania i je zmienić. Te zjawisko jest określane jako korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej [9].

W każdej grupie terapeutycznej ma miejsce pogłębienie umiejętności społecznych. W zależności od szkoły psychoterapeutycznej i uczestników, rozwój kompetencji społecznych może być jednym z głównych celów terapii [9]. Uczestnicy uczą się między innymi konstruktywnego udzielania informacji zwrotnych i ich odbierania, ćwiczą zachowania społeczne. W tym celu terapeuci mogą wprowadzać techniki pomagające w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych, na przykład spór konstruktywny, czy wykorzystywać techniki odgrywania ról, na przykład rozmowa z szefem o podwyżce. Pacjenci, obserwując się nawzajem, naśladują i uczą się nowych zachowań. Siła modelowania jest szczególnie wyraźna w trakcie początkowych sesji terapeutycznych. Gdy uczestnicy mają za zadanie się przedstawić, to często pierwsza wypowiedź staje się wzorem dla kolejnych osób. W terapii zjawisko modelowania odgrywa ważną rolę w grupach otwartych, gdzie starsi stażem uczestnicy pokazują nowym, jak się zachowywać w grupie. Innym elementem jest naśladowanie terapeutów. To zjawisko pojawia się też w sytuacji, kiedy jeden z uczestników grupy pra-

kuje nad swoim problemem, a korzyść z jego pracy odnoszą także pacjenci, którzy go obserwowali (czasami jest to określane jako terapia widza, terapia zastępcza) [9].

Uczenie się interpersonalne, czyli pogłębianie wiedzy na temat, jak być z innymi, jak tworzy się więź między ludźmi, jak osoba jest postrzegana przez innych [10]. Potrzeba bliskości, kontaktów z innymi jest naturalna dla każdej jednostki. Niewątpliwie pacjenci zgłaszający się na terapię mają problem w tym obszarze, który jest wypadkową pierwszych doświadczeń interakcyjnych w dzieciństwie i wczesnym dorastaniu, gdzie reakcje innych były bazą do budowania własnego „ja”. Możliwość ponownego przyjrzenia się utrwalonym wzorcom funkcjonowania w interakcjach z innymi i własnemu „ja” jest ogromnym walorem, jaki stwarza terapia grupowa. Dzięki dynamice grupowej, uczestnicy mogą przepracować swoje utrwalone schematy bycia w relacji z innymi, przyrzeć się swoim postawom i automatyzmom w odczytywaniu różnego rodzaju informacji zwrotnych (na przykład „wszyscy są przeciwko mnie, chcą mi zaszkodzić, wszyscy mnie powinni lubić”). Osoby sprawiające wrażenie, że są obojętne na reakcje i opinie innych, tak naprawdę głęboko pragną akceptacji, ale w ich przekonaniu krytyka i odrzucenie są bardziej bolesne niż zaprzeczanie, że inni nie są mi potrzebni. Pragnienie więzi, interakcji z innymi i ich akceptacja są naturalnymi potrzebami wszystkich ludzi.

Korektywne doświadczenie emocjonalne — termin utworzony przez Aleksandra w 1946 roku — oznacza wystawienie pacjenta w bardziej sprzyjających okolicznościach, na sytuacje emocjonalne, z którymi nie mógł sobie poradzić w przeszłości. Aby można było pomóc pacjentowi, musi on przejść korektywne doświadczenie emocjonalne, które pozwoli mu na naprawienie traumatycznego wpływu wcześniejszego doświadczenia. Samo zrozumienie zdarzenia nie wystarczy, ważne jest jego przeżycie i systematyczne testowanie rzeczywistości [10]. Korektywne doświadczenie emocjonalne ma miejsce, kiedy osoba doświadczy trudnej emocjonalnie sytuacji w grupie terapeutycznej, która jest podobna do tej z przeszłości. Dzięki temu uczestniczący w niej członkowie (aktywnie zaangażowani i obserwatorzy) pomogą jej zweryfikować dotychczas używane automatyczne interpretacje i w efekcie zastąpić je alternatywnymi, konstruktywnymi wyjaśnieniami. Na przykład pacjent, który ma za sobą doświadczenia odrzucenia przez ważne grupy społeczne i bycia w roli kozła ofiarnego, z pewnością odtworzy tę sytuację w procesie terapii grupowej. Dzięki temu może przyrzeć się, jaki

jest w tym jego udział, jakich zniekształceń poznawczych dokonuje, odczytując udzielane informacje zwrotne i w jaki sposób odbiera pozytywne zachowania innych. Dzięki uczestnikom pacjenci mają okazję przeżyć silne emocje [10]. Korektywne doświadczenie emocjonalne jest możliwe w terapii grupowej, jeśli terapeuta dba o to, aby uczestnicy koncentrowali się na tym, co dzieje się „tu i teraz”.

Istotny jest też czwarty etap rozwoju grupy, bowiem uczestnicy muszą się czuć bezpiecznie, reagować spontanicznie na siebie i uświadomić sobie, że doświadczenia z przeszłości wpływają na to, jak funkcjonują dzisiaj. Stąd nie warto poświęcać sesji na rozwiązywanie określonego problemu danego uczestnika, bowiem grupa prawdopodobnie nie jest w stanie za niego go rozwiązać. Koncentracja na jakimś fragmencie życia pacjenta mogłaby spowodować, że niewykorzystana zostanie siła terapeutyczna grupy. Można założyć, że każdy uczestnik wcześniej czy później odśłoni się z własnymi trudnościami w relacjach interpersonalnych i powtórzy swoje utrwalone wzorce zachowań społecznych. Stąd pacjent ma okazję zobaczyć swoje zachowanie w oczach innych i spróbować wprowadzić zmiany. Wypróbowane w trakcie terapii grupowej nowe sposoby funkcjonowania łatwiej jest przenieść na własne życie.

Ważnym czynnikiem terapeutycznym pozwalającym na uzyskanie zmiany, jest spójność grupy. Spójność definiowana jest jako poczucie przynależności, współpraca, zmierzanie ku wspólnym celom, zaangażowanie, wzajemna akceptacja, wsparcie, wzajemna atrakcyjność [11]. Elementy, takie jak możliwość swobodnego, bezpiecznego udzielania informacji zwrotnych, poczucie, że jest to miejsce dla mnie, zwiększają spójność grupy. Członkowie zaczynają czuć, że stanowią pewną całość, czerpią siłę z bycia w grupie, mają poczucie, że sesje terapeutyczne są dla nich atrakcyjne. Poczucie wyjątkowości, wyróżnienia może wywołać sam fakt, że grupa terapeutyczna jest prowadzona dla części pacjentów przebywających na oddziale stacjonarnym. Ta pewnego rodzaju aura wybrania, tajemniczości sprzyja zwiększaniu spójności grupy, zaspokaja potrzebę przynależności. Uczestnicy zdobywają do siebie coraz więcej zaufania i wzrasta ich wzajemne poczucie akceptacji, dzięki stopniowemu odślanianiu siebie. Poczucie spójności w grupie sprzyja lepszej frekwencji podczas sesji. Spójność wzrasta wraz z wzajemnym ustalaniem zasad i reguł obowiązujących podczas pracy terapeutycznej. Jednocześnie im większa spójność, tym pacjenci bardziej przestrzegają norm i dbają o to, aby wszyscy je respektowali. Spójność pozwala nie tylko na

wrażanie pozytywnych odczuć, ale też wrogich. Pacjenci stopniowo uczą się akceptować w sobie złość i to, że mówienie o niej nie jest niszczące, a co więcej, może być budujące dla dwóch stron. Spójność odgrywa ważną rolę jako czynnik pojawiający się w procesie grupowym.

Katharsis, czyli jawne wyrażenie własnych uczuć związane z trudnym doświadczeniem, jest niezbędnym elementem w procesie grupowym. Siła wyrażanych uczuć jest zindywidualizowana, niektórzy bardzo dramatycznie, wyraziście mówią o ważnych zdarzeniach, inni spokojniej. Każdy uczestnik po takim odsłonięciu mówi o uldze, nawet ci najbardziej skryci. Często większe znaczenie dla uczestników po doświadczeniu *katharsis* ma reakcja innych. Z reguły są to ciepłe komentarze, wspierające, co dodatkowo ich wzmacnia. Może się zdarzyć sytuacja, w której grupa milczy lub udziela szorstkich komentarzy. W takich momentach wkraça terapeuta, który próbuje pomóc uczestnikom, aby opowiedzieli, co wpłynęło na ich reakcję [12].

Ostatnim z czynników terapeutycznych, który wymieniają Yalom i Leszcz, jest czynnik egzystencjalny [12]. W trakcie procesu grupowego uczestnicy mierzą się z własnymi przekonaniami i związanymi z nimi obawami dotyczącymi kondycji ludzkiej. Yalom w swojej książce „Kat miłości” opisuje eksperyment, w którym poproszono grupę obcych sobie osób uczestniczących na przykład w warsztacie psychologicznym, aby dobrali się w pary, a następnie, raz po raz, zadawali swemu partnerowi pytanie: „Czego pragniesz, czego być chciał?”. To z pozoru proste pytanie, jak pisze Yalom, wywołuje ogromne poruszenie wśród uczestników. Osoby, które brały udział w eksperymencie, były dobrze wykształcone oraz radzące sobie w życiu codziennym i udzieliły następujących odpowiedzi: „Chciałbym być znowu zdrowy i młody”, „Pragnę być kochany i szanowany”, „Pragnę, aby moje życie miało sens”, „Pragnę, abyś wrócił, jestem taka samotna”, „Chciałbym wiedzieć, że jesteś ze mnie dumny”, „Chciałbym Cię znowu zobaczyć”, „Chciałbym coś znaczyć”, „Chciałbym, aby o mnie pamiętano”. Te wypowiedzi ukazują tęsknotę, pragnienia, ból egzystencjalny. Ten ból przypomina, że niemożliwe jest spełnienie najgłębszych pragnień, takich jak: pragnienie zachowania młodości, zatrzymania procesu starzenia się, aby wrócili ci, którzy odeszli. Ten ból tkwi w każdym, ale nie zawsze jest w pełni uświadamiany. Yalom zakłada, że podstawowe lęki wynikają ze sposobu, w jaki dana osoba próbuje poradzić sobie, świadomie bądź nieświadomie, z nieuniknionymi zdarzeniami, z „danymi” egzystencji. Istnieją 4 dylematy egzystencjalne, które

są istotne w psychoterapii: nieuchronność śmierci dotycząca danej osoby i tych, których kocha, wolność kształtowania swego życia wedle własnej woli, ostateczna egzystencjalna osobność i brak poczucia sensu życia. Te dylematy wydają się ponure, ale przyglądanie się im pomaga odkryć ukrytą w nich mądrość [13].

Można postawić hipotezę, że podobnie jak w terapii indywidualnej znaczenie ma relacja, tak w terapii grupowej będzie to proces. Większość dotychczas przeprowadzonych badań koncentrowała się głównie na efektywności terapii grupowej, a w szczególności na poznawczo-behawioralnej terapii grupowej w przypadku zaburzeń lękowych [14, 15], nastroju [16, 17], a także w przypadku zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD, *obsessive-compulsive disorder*) [18, 19]. To, że grupowa terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczna w przypadku pacjentów z zaburzeniami nastroju i lęku, jest oczywiste, ale pozostaje do wyjaśnienia, jaką rolę w jej skuteczności odgrywa proces grupowy [20]. Z kolei wyniki badań koncentrujące się na roli specyficznych technik psychoterapeutycznych są niejednoznaczne. Wnioski z przeprowadzonej metaanalizy, porównującej terapię grupową, w której włączano bądź wyłączało specyficzne techniki, pokazały, że włączanie do terapii grupowej specyficznych technik nie ma związku z poprawą czy zmianą [21]. W innych badaniach wskazano, że zarówno specyficzne techniki terapeutyczne, jak i niespecyficzne czynniki, bez względu na orientację i formę, mają taki sam wpływ na wynik terapii [22].

Niewątpliwie obszar procesu i działających w nim czynników terapeutycznych nadal wymaga dalszej weryfikacji. Obiecująca jest koncepcja stworzona przez Yaloma dotycząca czynników terapeutycznych, aczkolwiek ciągle poszukuje się metod, które w sposób rzetelny i trafny oceniałyby ich znaczenie w grupie terapeutycznej. Dotychczas wykorzystywane są między innymi następujące narzędzia: *Q-sort Yalom* (1970, 1995); *Attraction Scale: Stockton, Rohde & Haughey* (1990); *Harvard Community Health Plan Group Cohesiveness Scale: Budman i wsp.* (1987); *Group Counseling Helpful Impacts Scale: Kivlighan, Multon & Brossart* (1966). Te metody są trudne w zastosowaniu i jednocześnie ciągle nie mają wystarczającego poparcia psychometrycznego. Jednocześnie informacje o czynnikach terapeutycznych oparte na obserwacjach klinicznych w różnych grupach terapeutycznych (trudności z nauką, uzależnienie od alkoholu, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, żaloba) podkreślają ich istotną rolę — wskazują, że

w dużej mierze siła tych czynników jest determinowana umiejętnościami terapeuty [23].

Wyniki badań opisane przez Yaloma i Leszcza dotyczące znaczenia poszczególnych czynników terapeutycznych ocenianych przez pacjentów uczestniczących w terapii grupowej pokazały, że najbardziej pomocne w terapii były następujące elementy:

- odkrycie i zaakceptowanie wcześniej nieznanych lub nieakceptowanych części własnego „ja”;
- zdolność mówienia tego, co mnie dręczy, zamiast duszenia tego w sobie;
- szczerze wypowiedzi innych członków na temat tego, co o mnie myślą;
- nauczenie się wyrażania uczuć;
- uświadomienie mi przez grupę, jakiego rodzaju wrażenie wywieram na innych;
- wyrażanie pozytywnych lub negatywnych uczuć wobec innego członka grupy;
- przekonanie, że muszę wziąć na siebie ostateczną odpowiedzialność za własne życie, niezależnie od porad i wsparcia, jakie otrzymuję od innych;
- przekonanie się, jak odbierają mnie inni;
- spostrzeżenie, że inni mogą ujawnić krępujące mnie sprawy lub podjąć inne ryzyko i skorzystać na tym, co ułatwiło mi zrobienie tego samego;
- poczucie większej ufności w stosunku do grupy i innych ludzi [12].

Struktura grupy terapeutycznej

Warto jeszcze wspomnieć o tym, jakie są wskazania dotyczące warunków zewnętrznych: miejsca terapii i jej struktury (liczby uczestników, ich zróżnicowania, czasu trwania posiedzeń grupowych, do kogo jest skierowana, kto może ją prowadzić i jakie przygotowanie powinien mieć psychoterapeuta).

Ważne jest miejsce, w których odbywać się będzie terapia — czy jest to oddział szpitalny (grupy stacjonarne, ambulatoryjne), czy ma to charakter ambulatoryjny — gdyż to determinuje liczbę spotkań w tygodniu oraz długość trwania procesu terapeutycznego. W przypadku grup stacjonarnych czas trwania terapii może być krótszy, a częstotliwość spotkań większa. W obu sytuacjach grupy mogą być otwarte bądź zamknięte. Grupy otwarte to takie, które w trakcie trwania procesu grupowego przyjmują nowych uczestników. Takie działanie jest wskazane w przypadku grup długoterminowych. Dzięki temu można utrzymać minimalną liczbę uczestników, niezbędną dla dynamiki; nowi członkowie mogą czerpać nadzieję na zmianę, widząc poprawę u „starszych” stażem członków grupy.

W przypadku grup zamkniętych w trakcie trwania terapii nie dołącza się nowych osób.

Przeważnie grupy terapeutyczne spotykają się 1–3 razy w tygodniu (mogą częściej). W przypadku grup w systemie ambulatoryjnym większa liczba spotkań niż 2 razy w tygodniu jest trudna. Yalom i Leszcz twierdzą, że najlepiej jest, gdy grupa spotyka się 2 razy w tygodniu, bowiem grupy takie pracują intensywniej, ich członkowie kontynuują przepracowywanie kwestii podniesionych na poprzedniej sesji i cały proces nabiera charakteru ciągłego spotkania. Według autorów, należy też unikać rzadszego spotkania niż raz w tygodniu, bowiem uczestnicy mają znaczne trudności ze skupieniem się na interakcjach. Z uwagi na to, że pomiędzy spotkaniami w ich życiu wiele się wydarza, mają tendencję do koncentrowania się na wydarzeniach życiowych i przewyciężaniu kryzysów [24].

Czas trwania sesji planuje się na 60–90 minut. Jak piszą Yalom i Leszcz, nawet w dojrzałych grupach terapeutycznych potrzeba przynajmniej godziny na rozgrzewkę, na rozwinięcie i przepracowanie głównych wątków, natomiast po 2 godzinach sesja osiąga punkt, gdy nakłady zaczynają przewyższać zyski: grupa staje się znużona, powtarzalna i nieskuteczna. Wielu terapeutów potrafi działać najlepiej w blokach 80–90 minut, przy dłuższych sesjach terapeuci często zaczynają odczuwać zmęczenie, co powoduje, że stają się mniej efektywni [24]. Z uwagi na specyfikę uczestników ważne jest, aby dostosować odpowiednie ramy czasowe terapii do ich możliwości.

Zróżnicowanie uczestników pod względem wieku, statusu, płci jest zależne od rodzaju zaburzeń psychicznych czy doświadczanych trudności życiowych. Ogólnie rzecz biorąc, im większe zróżnicowanie uczestników, tym łatwiej osiągnąć różnorodność interakcji, członkowie grupy mają większą szansę do przepracowania własnych trudności w relacji z różnymi ważnymi osobami z własnego życia (szczególnie wskazane dla osób z zaburzeniami nerwicowymi).

Liczba uczestników najkorzystniejsza dla rozwoju terapii to 8–12 osób. Zbyt mała lub zbyt duża grupa uniemożliwia wykorzystanie dynamiki grupowej w procesie leczenia. W dużych grupach uczestnicy niejednokrotnie nie mają okazji do zabrania głosu w takim samym stopniu, co sprzyja tworzeniu się podgrup [24, 25].

Do kogo jest adresowana terapia grupowa?

Elastyczność terapii grupowej, czyli możliwość dostosowywania jej do indywidualnych wymogów poszcze-

gólnych grup, pozwala na zastosowanie jej wobec różnych podmiotów, co wielokrotnie było podkreślane w niniejszym artykule. Kratochvil podkreśla, że przy doborze pacjentów do grupy, sama diagnoza kliniczna nie jest tak ważna, jak ocena, czy pacjent będzie w stanie nadążać za procesem grupowym, uczestniczyć w nim i go rozumieć. Stąd z pewnością osoby z zaburzeniem świadomości, o obniżonym intelekcie, z organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, z niepokojem wynikającym z psychozy czy katatonii, nie odniosą korzyści z terapii grupowej [25]. Wyzwaniem dla terapeutów są pacjenci z osobowością psychopatyczną. Mogą oni mieć trudność w osiągnięciu korzyści związanych z terapią grupową. Ich tendencje do podtrzymywania *status quo* i wciągnięciu innych uczestników, a nawet terapeutów, w tworzenie podgrupy, znacząco utrudniają pracę terapeutyczną całej grupie [25, 26].

Największe korzyści z terapii grupowej odniosą osoby z różnymi trudnościami w relacjach interpersonalnych: pacjenci, którzy doświadczyli odrzucenia przez grupę i mają trudności w nawiązywaniu trwałej, bliskiej więzi, osoby, które starają się stłumić w sobie potrzebę bliskich kontaktów i akceptacji poprzez izolowanie się czy deprecjonowanie grupy, pacjenci z nasilonym lękiem przed oceną społeczną, osoby poszukujące wsparcia w sytuacji kryzysu życiowego. Terapia grupowa jest także wskazana dla osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi (nerwicowymi, nastroju, osobowości), gdyż często jedną z przyczyn doświadczanych objawów są niesatysfakcjonujące relacje z innymi. Często towarzyszy im poczucie odmienności, niezrozumienia, osamotnienia. Przekonanie o własnej inności w znacznym stopniu wpływa na to, jak widzą samych siebie. Samoocena jest wypadkową ocen i własnych porównań z ocenami osób z tak zwanej grupy odniesienia. Negatywne przekonania o sobie łatwiej jest zmienić w procesie terapii grupowej niż indywidualnej.

Mimo wielu opisanych zalet, terapia grupowa nie należy do form leczenia chętnie wybieranych przez pacjentów. Mając wybór, preferują terapię indywidualną. Z obserwacji klinicznej wynika, że ich decyzja jest skutkiem błędnych wyobrażeń na temat tej metody leczenia. Pacjenci, słysząc od psychologa czy psychiatry informację, że w ich przypadku najskuteczniejszą formą leczenia jest terapia grupowa, bardzo często protestują. Dlatego należy przyjrzeć się wątpliwościom pacjenta i opowiedzieć, na czym polega ten rodzaj terapii. Zmiana fałszywych przekonań jest ważna z uwagi na motywację do jej podjęcia.

Yalom i Leszcz wyodrębnili następujące błędne wyobrażenia na temat terapii grupowej:

- terapia grupowa jest nieprzewidywalna lub ciąga za sobą utratę osobistej kontroli, na przykład będę zmuszony do mówienia o sobie rzeczy, których nie chcę ujawniać lub których się wstydzę,
- terapia grupowa nie jest tak skuteczna jak indywidualna, ponieważ skuteczność jest wprost proporcjonalna do ilości uwagi poświęconej pacjentowi przez terapeutę;
- bycie w jednej grupie z wieloma osobami przejawiającymi poważne zaburzenia emocjonalne jest samo w sobie szkodliwe: „Jak ja tak się nastucham o problemach innych, to już w ogóle nie mogę spać, mam większy niepokój” [24].

Wydaje się, że w Polsce nieprzychylnie nastawienie do grup terapeutycznych może wynikać ze skojarzenia jej z grupami dla osób uzależnionych. Odślanianie się przed innymi, obcymi, budzi ogromny lęk. Ludzie wstydzą się swoich wyborów życiowych i związanej z tym oceny. Większość z nich ma za sobą doświadczenia, w których czuła się niezrozumiana, odrzucona, oskarżana. Rzeczywisty obraz terapii grupowej jest inny. Nikt z uczestników nie jest w stanie zmusić drugiej osoby do odślonienia się wbrew jej woli. Każdy z uczestników jest współautorem norm grupowych i ma wpływ na przebieg sesji. Terapeuta, mimo że jego rola nie polega na przewodzeniu, dba o to, aby nikomu z uczestników nie stała się krzywda. Skuteczność terapii grupowej zależy od obopólnego zaangażowania i współpracy. Grupa terapeutyczna jest próbką populacji, z której członkami człowiek spotyka się w swojej codzienności (nie są oni ani lepsi, ani gorsi). Zbliżenie się do innych otwarcie pomaga zrozumieć, jaką rolę przyjmuje dana osoba w relacjach międzyludzkich i jaki wpływ ma na pojawiające się w jej życiu problemy. „Terapia grupowa ma długą udokumentowaną przeszłość jako bardzo skuteczna i użyteczna forma psychoterapii. Jest równie pomocna jak terapia indywidualna, a w niektórych przypadkach przewyższa ją pod tym względem, zwłaszcza jeśli wsparcie społeczne i uczenie się o relacjach interpersonalnych są ważnymi celami leczenia” [3]. Istotne jest więc szerzenie wiedzy przez osoby zajmujące się leczeniem, które weryfikowałyby te błędne przekonania.

Na podstawie tego opisu terapii grupowej można wysunąć wniosek, że jest to metoda, która wymaga od psychoterapeuty dużej wiedzy teoretycznej oraz pewnych zasobów osobowościowych. Terapeuci grupowi powinni kształcić się w kierunku eklektycznym, co zwiększa szansę na bardziej zindywi-

dualizowane, czyli dostosowane do uczestników, podejście. Zbyt sztywne trzymanie się jednego nurtu terapeutycznego raczej wzmacnia postawę rywalizacji, która szkoła psychoterapeutyczna jest skuteczniejsza. Doświadczenie własne pokazuje, że stosowanie technik z różnych nurtów psychoterapeutycznych adekwatnie do etapu rozwoju grupy może zintensyfikować dynamikę. Na przykład włączenie technik z psychodramy znacznie przyspiesza proces grupowy i dostarcza materiału do pracy „tu i teraz”. Wprowadzenie rysunku, w przypadku osób z nasilonym lękiem społecznym, może pomóc otworzyć się. Zajmowanie się wykonanym rysunkiem zmniejsza niepokój, bowiem uczestnik ma poczucie, że ocenie podlega jego praca, a nie on sam i w ten sposób informacje zwrotne są bardziej spontaniczne. Najistotniejsza korzyść to poczucie, że jest się rozumianym na głębokim osobistym poziomie [27].

Terapia poznawczo-behawioralna była stworzona jako forma terapii indywidualnej, ale coraz częściej wykorzystuje się jej założenia w terapii grupowej, szczególnie ze względów ekonomicznych [17, 28, 29]. Wykorzystywanie technik poznawczo-behawioralnych wspomaga proces uczenia się i sprzyja poszerzaniu wiedzy o samym sobie. Uczestnik, który zacznie rozpoznawać i wiązać ze sobą myśli, uczucia i zachowania, uczy się, że ma wpływ na swoje reakcje emocjonalne i behawioralne. W każdej grupie terapeutycznej ma miejsce reakcja przeniesieniowa (termin wywodzący się z psychoanalizy), która ujawnia się już nie tylko w relacji pacjent–terapeuta, ale pacjent i inni uczestnicy. „Przeniesieniowe reakcje są łatwiejsze do zidentyfikowania w terapii grupowej niż w indywidualnej. Członkowie grupy wprawdzie uczestniczą w tych samych zdarzeniach, ale ich sposoby odbioru, reagowania na terapeuta mogą być diametralnie różne. Na przykład pacjent, który boi się psychoterapeuty, może dzięki temu zdać sobie sprawę, że zawsze, jak tylko sięga pamięcią wstecz, bał się ludzi, a jego ojciec był pierwszą osobą w jego życiu, której zaczął się bać. Inna pacjentka doświadczająca w dzieciństwie braku zainteresowania ze strony swojej ciągle zajętej matki może odczuwać, że ten sam terapeuta w ogóle się nią nie zajmuje. W tej samej grupie kolejna pacjentka może mieć wrażenie, że psychoterapeuta ogranicza swobodę wszystkich uczestników grupy, bo jej matka hamowała ją zakazami i nakazami. Inny pacjent może odbierać terapeuta jako osobę, która traktuje członków grupy jak ma-

rionetki, z dystansu pociągając za sznurki. Następnie okazuje się, że matka tego pacjenta, zachowując wielki dystans, wywierała duży wpływ na jego życie. Jeszcze inna pacjentka może traktować tego samego psychoterapeutę jak utracony obiekt miłości, ponieważ jej biologiczni rodzice odebrali ją od ukochanej ciotki, która sprawowała nad nią opiekę przez pierwszych 5 lat życia. Aby reakcja przeniesieniowa pacjenta mogła się stać się obiektem analizy, należy je uważnie obserwować. Nie można natomiast zaspokajać przeniesieniowych potrzeb pacjenta, bowiem to sprzyja podtrzymaniu zależności [30].

Znajomość różnych podejść psychoterapeutycznych, proponowanych przez nich technik oraz umiejętność ich dostosowanie do uczestników jest niezbędnym narzędziem w rękach terapeuty grupowego. Niezastąpionym elementem w pracy z grupą jest posiadanie własnego doświadczenia grupowego. Obecnie praktycznie każde profesjonalne szkolenie przygotowujące do egzaminu certyfikacyjnego na psychoterapeutę, które trwa 4 lata (w Polsce tego rodzaju szkolenia są prowadzone między innymi przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Polski Instytut Psychodramy), w swoim programie zawiera, obok dużego materiału teoretycznego, doświadczenia grupowe (symulowane grupy terapeutyczne, trening grupowy, praca własna w grupie terapeutycznej). Zasadne jest, aby przyszły terapeuta grupowy odbył obowiązkową własną terapię także w ramach terapii grupowej. Terapia własna powinna towarzyszyć terapeutom także w późniejszych latach pracy, bowiem pozwala uniknąć sytuacji wpadania w pułapkę własnych, przeciwprzeniesieniowych reakcji i w istotny sposób zwiększa efektywność jego oddziaływań. Prowadzenie grupy przez początkującego terapeuta powinno odbywać się pod okiem doświadczonego psychoterapeuty grupowego. Kolejny krok to poddanie własnej pracy terapeutycznej superwizji. Zdobyte w ten sposób doświadczenie w znacznym stopniu pogłębia wiedzę na temat procesu grupowego. Terapia grupowa wydaje się być najbardziej intensywną formą leczenia psychoterapeutycznego, wymaga ona ogromnej energii zarówno ze strony uczestnika/pacjenta, jak i terapeuty. „Terapia grupowa jest bardzo skuteczną formą psychoterapii, a pod względem zdolności zapewnienia istotnych korzyści, co najmniej dorównuje psychoterapii indywidualnej [9]”.

Streszczenie

W niniejszym artykule przedstawiono ogólny model terapii grupowej, który jest efektem wieloletnich doświadczeń klinicznych i może być wykorzystany jako baza prawie w każdym rodzaju terapii grupowej, bez względu na nurt psychoterapeutyczny. Celem pracy jest zapoznanie czytelnika z taką formą leczenia i przekonanie o jej skuteczności zarówno w leczeniu zaburzeń psychicznych czy różnego rodzaju trudności interpersonalnych, jak również intrapsychicznych. Podkreślono rolę procesu grupowego w osiąganiu zmiany. W artykule zacytowano wyniki badań dotyczących efektywności psychoterapii grupowej, a wynikające z nich wnioski ukazują możliwe kierunki przyszłych badań. *Psychiatria 2010; 7, 3: 104–116*

słowa kluczowe: terapia grupowa, dynamika grupy — proces grupowy, fazy rozwoju grupy terapeutycznej, czynniki terapeutyczne

Piśmiennictwo

- Kratochvil S. Dynamika grupy terapeutycznej. W: Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic. Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1981; 11–44.
- Yalom I., Leszcz M. Terapeuta: Praca w „Tu i Teraz”. W: Psychoterapia grupowa. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006; 122–171.
- Yalom I., Leszcz M. Dodatek: Informacje i wskazówki dotyczące uczestnictwa w terapii grupowej. W: Psychoterapia grupowa. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006; 487–491.
- Yalom I., Leszcz M. Przedmowa do wydania piątego. W: Psychoterapia grupowa. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Yalom I., Leszcz M. Terapia grupowa: przodkowie i kuzynki. Psychoterapia grupowa. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006; 450–465.
- Yalom I., Leszcz M. Pierwsze kroki. W: Psychoterapia grupowa. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006; 266–296.
- Yalom I., Leszcz M. Grupa zaawansowana. W: Psychoterapia grupowa. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006; 296–335.
- Yalom I., Leszcz M. Problemowi członkowie grupy. W: Psychoterapia grupowa. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006; 335–366.
- Yalom I., Leszcz M. Czynniki terapeutyczne. W: Psychoterapia grupowa. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006; 1–17.
- Yalom I., Leszcz M. Uczenie się interpersonalne. W: Psychoterapia grupowa. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006; 17–47.
- Yalom I., Leszcz M. Spójność grupy. W: Psychoterapia grupowa. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006; 47–67.
- Yalom I., Leszcz M. Czynniki terapeutyczne: integracja. W: Psychoterapia grupowa. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006; 67–101.
- Yalom I. Prolog. W: Kat miłości. Opowieści psychoterapeutyczne. Jacek Santorski & Agencja Wydawnicza, Warszawa 2006; 15–33.
- Van Ingen D.J., Novicki D.J. An effectiveness study of group therapy for anxiety disorders. *International Journal of Group Psychotherapy* 2009; 59 (2): 243–251.
- Bohni M.K., Spindler H., Arendt M., Hougaard E., Rosenberg N.K. Data randomized study of massed three-week cognitive behavioural therapy schedule for panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2009; 120 (3): 187–195.
- Dimidjian S., Davis K.J. Newer variations of cognitive-behavioral therapy: behavioral activation and mindfulness-based cognitive therapy. *Current Psychiatry Reports* 2009; 11 (6): 453–458.
- Oei T.P.S., Dingle G. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of Affective Disorders* 2008; 107: 5–21.
- Sousa M.B., Isolani L.R., Oliveira R.R., Manfro G.G., Cordoli A.V. The randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Journal Of Clinical Psychiatry* 2006; 67 (7): 1133–1139.
- Van Noppen B.L., Pato M.T., Marsland R., Rassmussen S.A. A time-limited behavioral group for treatment of obsessive — compulsive disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 1998; 7 (4): 272–280.
- Oei T.P., S., Browne A. components of mood and anxiety disorder patients in a group cognitive-behaviour therapy program. *American Journal of Psychotherapy* 2006; 60 (1): 53–70.
- Ahn H., Wampold B.E. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology* 48: 251–257.
- Brown J. A review of meta-analysis conducted on psychotherapy outcome research. *Clinical Psychology Review* 7: 1–23.
- Lese K.P., MacNair-Semands R.R.. The therapeutic factors inventory: development of a scale group. 2000, 24 (4): 303–317.
- Yalom I., Leszcz M. Tworzenie grupy: miejsce, czas, wielkość, przygotowania. W: Psychoterapia grupowa. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006; 240–266.
- Kratochvil S. Tworzenie i organizacja grupy terapeutycznej. Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic. Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1981; 44–79.
- Yalom I., Leszcz M. Dobór pacjentów. W: Psychoterapia grupowa. Teoria i Praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006; 196–220.
- Oster G.D., Patricia G. Zastosowanie rysunku w terapii grupowej. Rysunek w psychoterapii. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001; 147–171.
- Kwon S.M., Oei T.P.S. Cognitive change process in depression following a group cognitive behaviour therapy treatment. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 2003; 34: 73–78.
- Morrison N. Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001; 29: 311–332.
- Grzesiuk L. Procesy i zjawiska w psychoterapii. Dynamika relacji pacjent — terapeuta. Zjawisko przeniesienia. W: Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki. ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2005; 356–374.