

Tomasz Wyrzykowski¹, Andrzej Kokoszka²

¹Centrum Psychologiczno-Medyczne MABOR w Warszawie, Instytut Analizy Grupowej „Rasztów”

²II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie, Instytut Analizy Grupowej „Rasztów”

Analiza grupowa — założenia teoretyczne i przegląd badań jej skuteczności

Group analysis — theoretical presumptions and the review of studies on its effectiveness

Abstract

The review of literature on theory of the Group Analysis is briefly outlined and followed by the review of studies on its effectiveness. The paper is aiming at the presentation of this psychoanalytically oriented group psychotherapy to Polish psychiatrists. This is justified by a growing number of group analysts in Poland what make this method available in our country.

key words: psychoanalytic therapy, group psychotherapy, group analysis

Wstęp

Analiza grupowa jest coraz bardziej popularną metodą leczenia psychoterapeutycznego w Polsce. Jej stosowanie w klasycznej formie „foulkesowskiej” rozpoczęto na początku lat 90. XX wieku. Wcześniej, już od 1963 roku, prowadzono grupową terapię nerwic opartą na założeniach psychoanalizy. W 1992 roku powstał Instytut Analizy Grupowej „Rasztów” w Warszawie, który zorganizował szkolenie w analizie grupowej, prowadzone przez Instytut Analizy Grupowej z Heidelbergu. W 2002 roku Instytut Psychoterapii Grupowej „Rasztów” uzyskał pełne członkostwo (Qualifying Membership) w E.G.A.T.I.N. (European Group Analytic Training Institutions Network), a trzy lata później otworzył swój oddział w Krakowie.

Grupy analityczne są ogólnie dostępną formą leczenia, dlatego uzasadnione wydaje się zapoznanie szerokiego grona psychiatrów z teoretycznymi podstawami tej metody psychoterapii grupowej oraz wynikami badań jej skuteczności. W języku polskim opublikowano zaledwie kilka tekstów opisujących analizę grupową [1–4].

Teoretyczne podstawy analizy grupowej

Analiza grupowa należy do najpowszechniej stosowanych w Europie metod psychoanalitycznie zorientowanej psychoterapii. Została stworzona w latach 50. XX wieku w Wielkiej Brytanii przez Sigmunda Foulkesa (1898–1976), który przeszkolił w niej wielu uczniów i opisał ją w czterech książkach. Po jego śmierci jego uczniowie zorganizowali dwie instytucje — Group Analytic Society of London oraz European Group Analytic Training Institutions Network — których działalność służy popularyzacji analizy grupowej, poszerzaniu wiedzy na jej temat oraz przestrzeganiu norm etycznych przez ich członków. Metoda zyskała międzynarodowe uznanie i jest przedstawiana w większości opracowań dotyczących psychoanalitycznej psychoterapii grupowej. W niektórych krajach (np. w Wielkiej Brytanii i Norwegii) jest najczęściej stosowaną techniką psychoterapii grupowej. Teoretyczne podstawy analizy grupowej, podobnie jak inne metody psychoanalitycznej psychoterapii, są rozwijane na podstawie obserwacji klinicznych i ich weryfikacji w praktyce. Analiza grupowa należy do psychoanalitycznej psychoterapii grupowej, w której uwzględnia się i wykorzystuje zarówno procesy grupowe, jak i przeżycia poszczególnych uczestników grupy. W odróżnieniu od „analizy grupy” i „psychoanalizy w grupie” określa się ją jako „psychoanalizę poprzez grupę”. Pierwotnie

Adres do korespondencji:
mgr Tomasz Wyrzykowski
ul. Zgrupowania Żmija 8 m. 21, 01–875 Warszawa
tel. 696 798 505

opracowano ją jako metodę leczenia zaburzeń nerwicowych, jednak przedstawione poniżej wyniki badań oraz praktyka analityczna wskazują, że można ją stosować w leczeniu także innych rodzajów zaburzeń.

Grupa analityczna stwarza jej uczestnikom możliwość poznania własnych sposobów wiązania się z innymi ludźmi oraz rozwiązywania problemów psychicznych. Twórca analizy grupowej oparł się na obserwacji, że sposób zachowania i przeżywania jednostki jest ukształtowany przez jej wcześniejsze doświadczenia, a zwłaszcza kontakty międzyludzkie. Oddziaływanie tych wcześniejszych doznań odbywa się głównie poza zasięgiem świadomości. Ich konsekwencją jest nieświadoma tendencja do powtórnego przejawiania tych schematów zachowań, z którymi są związane wcześniejsze konflikty i urazy. Szczególnie silna skłonność do nieświadomego wyrażania w sposobie zachowania, myślenia i odczuwania dotyczy wewnętrznych wzorców związków z osobami, które odgrywały znaczącą rolę w życiu jednostki. Wzorce te aktualizują się w bieżących kontaktach interpersonalnych. W kontaktach z pewnymi grupami ludzi mogą się ujawniać wcześniej ukształtowane wzorce relacji do grupy osób. Aby zrealizować cele terapeutyczne, grupę należy odpowiednio dobrać i prowadzić. Sposób pracy w analizie grupowej jest w pewnym stopniu odmienny, a w pewnym stopniu podobny do stosowanego w klasycznej psychoanalizie. Praca analityka polega na stworzeniu i utrzymaniu takiej sytuacji, w której uczestnicy grupy mogą poznawać swoje wewnętrzne tendencje ujawniające się w rozwijającej się więzi z innymi członkami grupy oraz wobec terapeuty. Analiza grupowa, podobnie jak psychoanaliza, wymaga dłuższego czasu i trwa zazwyczaj około kilku lat, jednak spotkania nie odbywają się codziennie jak w psychoanalizie, ale zwykle raz lub dwa razy w tygodniu. Trwają one 90 minut i uczestniczy w nich 6–8 osób. Prowadzi je jeden lub dwóch terapeutów. Głównym celem analityka jest umożliwienie członkom grupy wykorzystania tworzącej się w grupie więzi do uświadomienia własnych wzorców relacji z innymi ludźmi i grupami. Przy czym, jako ekwiwalent „wolnych skojarzeń”, w psychoanalizie wykorzystuje się nieustrukturyzowane przez analityka kontakty członków grupy, określane jako „wolno płynąca dyskusja” (*free floating discussion*).

Grupa analityczna umożliwia poznanie i przetworzenie dotychczas nieświadomych, prywatnych, osobistych przeżyć. Ich nieświadome i niezrozumiałe aspekty są „rozbrojone” przez przełożenie ich w grupie na możliwe do określenia interpersonalne problemy, które są stopniowo przewyciężane. Dynamiczne procesy

grupowe popychają jednostkę w kierunku bardziej korzystnych sposobów kontaktowania się z innymi ludźmi. Procesy te można rozpatrywać na czterech poziomach [5]:

1. Poziom aktualny — dosłownego (w sensie rzeczywistości zewnętrznej) znaczenia rozmów i wypowiedzi.
2. Poziom przeniesienia — dojrzałych związków z obiektem, czyli z tak zwanym obiektem „całościowym” — osobą przeżywaną jak jednostka, z której przeżyciami liczy się osoba wchodząca z nią w związek, wyrażających się w przeniesieniowym stosunku do innych członków grupy, włącznie z analitykiem. Ta sama osoba może przeniesieniowo przeżywać kilka osób w grupie (przeniesienia z ojca, matki, rodzeństwa).
3. Poziom projekcyjny — prymitywnych, narcystycznych związków z obiektem, czyli z tak zwanym obiektem częściowym, to znaczy jedynie z pewnym aspektem danej osoby, który ma znaczenie dla zaspokojenia potrzeb osoby nawiązującej z nią związek. Osoba w relacji z obiektem częściowym nie jest w stanie zdawać sobie sprawy z tego, jakie znacznie ma jej zachowanie dla tej osoby. Właśnie, trudne do zniesienia uczucia są przypisywane innym ludziom. Na przykład osoba świadomie uważająca się za „dobrego człowieka, który ma pozytywny stosunek do innych ludzi”, przeżywając nienawiść do kogoś, nie jest w stanie zdać sobie sprawy z jej odczuwania, ponieważ mogło by to zburzyć jej autoportret. W konsekwencji działania tych mechanizmów nienawiść przypisywana jest komuś innemu: „to on mnie nienawidzi”.
4. Poziom „pierwotny” (*primordial*) — nieświadomie przekazywanych wyobrażeń wspólnych dla wszystkich ludzi, rozumiany przez Foulkesa jako pokrewny wobec Jungowskiego kolektywnego nieświadomego poziomu kontaktów międzyludzkich.

Trzeba zaznaczyć, że przeżycia z poziomu przeniesienia i poziomu projekcyjnego oraz poziomu „pierwotnego” rozgrywają się poza progiem świadomości.

Teoretyczne podstawy analizy grupowej [6] można podzielić na ustalenia dotyczące sposobu rozumienia ogólnej koncepcji jednostki, wyjaśnienia zaburzeń psychicznych, charakterystyki terapeutycznego działania grupy oraz specyficznych czynników terapeutycznych.

Ogólna koncepcja rozumienia jednostki

Człowiek jest istotą społeczną — od urodzenia jest on członkiem określonej szerszej sieci społecznej. Grupa ludzi, w której żyje, z którymi wchodzi w relacje, jest jego naturalnym punktem odniesienia. Fakt ten do-

brze ilustruje następujące stwierdzenie — „choć podstawową jednostką biologiczną jest organizm jednostki, podstawową jednostką psychologiczną jest grupa” [6]. Grupa „jako całość”, podobnie jak organizm, pozostaje w stanie dynamicznej równowagi i nieustannie przystosowuje się do zmieniających się warunków zewnętrznych. Stan grupy zależy od stanu pozostających ze sobą w związkach, tworzących ją osób. Jednostka może być rozumiana jako element (figura) tak funkcjonującej grupy (tła), co umożliwia poznawanie charakterystycznych dla niej wzorców relacji z innymi osobami i podstawowych konfliktów wewnętrznych. W analizie grupowej rozumienie człowieka z indywidualnej i grupowej perspektywy uzupełnia się, co wyraża się metaforycznym stwierdzeniem, że jednostka i grupa są komplementarne wobec siebie, podobnie jak dwie strony tej samej monety [3].

Koncepcja rozumienia zaburzeń psychicznych

Koncepcję psychogenezy zaburzeń psychicznych, przyjmowaną w grupowej analizie, można zwięźle streścić w następujący sposób [3]. Pewne zaburzenia psychiczne, a szczególnie nerwice i zaburzenia osobowości, powstają w wyniku zakłóceń w związkach z innymi ludźmi. Te zaburzenia więzi są reprezentowane w wewnętrznych wzorcach związków jednostki z obiektem (tj. z innymi osobami), tworząc wewnętrzny konflikt i potencjalne zagrożenie przez eksternalizację ich w następnych relacjach interpersonalnych. Zaburzenia nerwicowe i zaburzenia osobowości są destrukcyjne dla związków interpersonalnych, przemieszczając i izolując jednostkę w obrębie jej sieci społecznej. Objawy nerwicowe i charakterologiczne są więc indywidualistyczne i destrukcyjne dla grupy. Objawy takie, chociaż zazwyczaj ukryte i „prywatne”, wywierają wewnętrzną presję w kierunku ich uzewnętrznienia.

Terapeutyczne działanie grupy

Analitycznie prowadzona grupa umożliwia regresję jej uczestników, wyrażającą się powrotem do rozwojowo mniej dojrzałych sposobów funkcjonowania. Dzięki temu zakłócenia wewnętrznego świata jednostki są reaktywowane i odtwarzane na zewnątrz w kontekście interpersonalnym. Oprócz takiego działania grupa jednocześnie stymuluje rozwój, przez co umożliwia skorygowanie niewłaściwie ukształtowanych schematów przeżywania i zachowania się. Posiadane przez każdą jednostkę „normalne” właściwości znajdują poparcie i są wzmacniane, podczas gdy destrukcyjne są stopniowo ścierane i neutralizowane dzięki działaniu „grupowej matrycy” (*group matrix*) — systemu transpersonalnych procesów wewnątrz grupy, które

angażują i obejmują każdą jednostkę. Objawy i nieświadome ich znaczenie po ujawnieniu się w relacjach grupowych stają się możliwe do „przetłumaczenia”. Obrony zastępowane są komunikacją.

Grupa analityczna stwarza możliwość ujawnienia się charakterystycznych cech interpersonalnych stylów wiązania się z innymi ludźmi. Odzwierciedla to relacje z rodziny generacyjnej, wyrażane przez procesy przeniesieniowe w grupie „tu i teraz”. Procesy te ujawniają się w stosunku do terapeuty, poszczególnych członków grupy lub całej grupy. Są one stymulowane przez heterogenność składu grupy i jej nieustrukturowaną formę.

Analityk prowadzi grupę, idąc za nią (*leads from behind*), i dokonuje jej analizy przez nią samą i w grupie (*of the group, by the group, in the group*) [7]. Mówi językiem, jakim porozumiewają się uczestnicy grupy (bieżący język grupy), reagując zarówno werbalnie, jak i niewerbalnie. Jego zadaniem jest także utrzymanie optymalnego poziomu napięcia, które będzie stymulować członków grupy do eksploracji ujawniających się konfliktów, przy zmniejszającym się oporze każdej z osób.

Specyficzne czynniki terapeutyczne

Do specyficznych czynników terapeutycznych należą:

1. Odzwierciedlanie (*mirroring*) — pacjent może dostrzec pewne cechy samego siebie w wyobrażeniach, zachowaniach i problemach innych członków grupy.
2. Wymiana — wymiana informacji, która prowadzi do zrozumienia siebie, znaczenia emocjonalnych interakcji i problemów.
3. Kondensacja — głęboko nieświadomy materiał jest wyrażany w sposób stosunkowo pełny i łatwy dzięki wzajemnym wpływom członków grupy na siebie, którzy stymulują się i rozluźniają swoje obrony. Wspólne kojarzenie ułatwia zrozumienie symbolicznego znaczenia objawów i snów.

Obok wymienionych koncepcji i zjawisk charakterystycznych dla analizy grupowej w procesie analitycznym są wykorzystywane czynniki psychoterapeutyczne wspólne dla większości psychoterapii grupowych, takie jak wsparcie czy socjalizacja, oraz procesy typowe dla psychoanalitycznych terapii, takie jak przeniesienie, analiza oporu i przepracowanie.

Przedstawione powyżej poglądy stanowią „klasyczną koncepcję” sformułowaną przez Foulkesa. Należy zaznaczyć, że są one modyfikowane i rozwijane. Do najważniejszych osiągnięć współczesnej analizy grupowej należy opisanie procesów antygrupowych [8] oraz uwzględnienie dynamicznych zmian zachodzących w rzeczywistości, w której funkcjonuje jednostka

i grupa [9]. Szczegółowe omówienie tych koncepcji wykracza poza cele tego artykułu.

Empiryczna weryfikacja skuteczności analizy grupowej

Analiza grupowa rozwija się przede wszystkim na podstawie obserwacji klinicznych i zadowolenia pacjentów z korzyści osiągniętych dzięki tej terapii. Przeprowadzono niewiele badań jej skuteczności. Jest to konsekwencją przede wszystkim długoterminowego przebiegu analizy grupowej (zwykle ponad 2 lata), co niezwykle utrudnia zastosowanie grup kontrolnych z randomizowanym doбором. Prowadzeniu badań nie sprzyja również fakt, że w zdecydowanej większości analiza grupowa odbywa się w warunkach praktyki prywatnej. Chorzy płacący za terapię są mniej chętni do poświęcania czasu na udział w badaniu niż chorzy korzystający z bezpłatnej państwowej opieki zdrowotnej. Poniżej przedstawiono wybrane, spełniające naukowe kryteria, prace, w których opisuje się badania skuteczności psychoterapii opartej na zasadach analizy grupowej.

Terapia w szpitalu psychiatrycznym

Pierwsze badanie przydatności analizy grupowej przeprowadzono wśród 87 pacjentów leczonych w warunkach szpitalnych [10], u których występowały zaburzenia nerwicowe (zaburzenia wegetatywne, hysteryczne, lękowe, obsesyjno-kompulsyjne, fobie), zaburzenia odżywiania, zaburzenia osobowości lub depresja. Według psychoanalitycznej diagnozy problematyka preedypalna dominowała u 67%, a edypalna u 33%. Poza analizą grupową prowadzono terapię zajęciową (muzyka, taniec, sztuka) oraz leczenie psychiatryczne. Oddziały funkcjonowały na zasadzie społeczności szpitalnych, a ich personel przeszedł przeszkolenie w analizie grupowej lub inne kursy podstaw psychoanalizy.

Wyniki terapii analitycznej oceniono na podstawie standaryzowanego wywiadu psychoanalitycznego, subiektywnych odczuć pacjentów oraz opinii terapeuty prowadzącego terapię i zespołu superwizyjnego. Dodatkowo w proces oceny wyników terapii włączono: analizę raportów ze spotkań oraz częściowo ocenę niezależnego terapeuty. Podsumowując uzyskane wyniki, poszczególnym pacjentom przyznano indywidualne oceny postępu w terapii w zakresie 0–3, gdzie 0 to brak zmian lub pogorszenie, 1 — symptomatyczna poprawa bez znacznej zmiany wzorców relacji, 2 — ograniczone rozwiązanie głównego problemu, rozwiązanie częściowe, 3 — zasadnicze rozwiązanie głównego problemu. Ocen dokonywano pod-

czas terapii, a także przez pewien czas po jej zakończeniu.

Wyniki badań katamnesticznych (tj. 2–6 miesięcy po zakończeniu terapii) były następujące:

- wynik dobry lub satysfakcjonujący (oceny 2–3) uzyskało 46% pacjentów;
- średnią poprawę (wynik 1) uzyskało 33,3% pacjentów;
- brak poprawy lub pogorszenie (0) uzyskało 20,7% pacjentów.

Stwierdzono również, że lepsze wyniki osiągnęli pacjenci, u których choroba trwała krócej (ok. 6 lat lub mniej) i osoby w młodym wieku. Dla efektów leczenia duże znaczenie miała motywacja, oceniana co pewien czas. Na terapię najłabiej reagowali pacjenci z zaburzeniami osobowości typu *borderline*, nieco lepiej pacjenci z dominującą problematyką preedypalną, a najlepiej z edypalną (72% uzyskało poprawę).

Terapia zaburzeń osobowości typu *borderline* w częściowym leczeniu szpitalnym

W badaniu mającym na celu porównanie efektów standardowego 18-miesięcznego leczenia psychiatrycznego z leczeniem zorientowanym psychoanalitycznie [11, 12] uczestniczyło 44 pacjentów, z których 3 przerwało leczenie, a 3 innych zmieniło jego formę podczas badania. Pacjentów zakwalifikowano na podstawie ustrukturuwanego wywiadu klinicznego opracowanego dla DSM-III-R (SCID, *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*) i wywiadu diagnostycznego dla pacjentów z zaburzeniami osobowości typu *borderline* (*Diagnostic Interview for Borderline Patients*). Zaburzenie to rozumiano w sposób psychoanalityczny jako zaburzenie zdolności przystosowawczych, niską tolerancję separacji i postrzeganie siebie z perspektywy innych osób, na przykład przez odgadywanie ich myśli.

Pacjentów podzielono losowo na dwie grupy obejmujące taką samą liczbę osób: kontrolną („psychiatryczną”) i „psychoanalityczną”. Leczenie w grupie zorientowanej analitycznie obejmowało:

- raz w tygodniu psychoanalityczną terapię indywidualną;
- 3 razy w tygodniu grupową terapię analityczną (1 godzina);
- raz w tygodniu terapię z psychodramą (1 godzina);
- 5 razy w tygodniu spotkania społeczności (1 godzina);
- spotkania z psychiatrą.

Poza psychoterapią zastosowano leczenie farmakologiczne za pomocą leków przeciwdepresyjnych i neuroleptyków. Po skończeniu terapii pacjenci pozosta-

wali pod stałą opieką prowadzących leczenie. Średnia długość uczestnictwa w programie wyniosła 1,45 roku. Na leczenie w grupie „psychiatrycznej” składały się:

- regularne wywiady psychiatryczne (2 razy w miesiącu);
- częściowa hospitalizacja, jeśli była konieczna (średnia długość 6 miesięcy);
- spotkania społeczności szpitalnej i inne spotkania zorientowane na rozwiązanie problemu, w tym standardowa opieka po opuszczeniu szpitala.

Efekty leczenia oszacowano na podstawie dwóch podstawowych wymiarów:

- objawów psychiatrycznych, przy wykorzystaniu kwestionariuszy samoopisowych, między innymi SCL-90-R (*Symptom Checklist-90-R*), Skali Depresji Becka, Inwentarza Problemów Interpersonalnych (IIP, *Inventary of Interpersonal Problems*);
- tendencji do samookaleczenia i skłonności samobójczych, przy czym dodatkowo przeprowadzono częściowo ustrukturyzowany wywiad dotyczący aktów samouszkodzenia i tendencji samobójczych w połączeniu z obserwacją psychiatryczną.

Badania przeprowadzano co 3 miesiące podczas leczenia (poza SCL-90-R, który wypełniano raz na pół roku), a także tuż po skończeniu terapii i 18 miesięcy później.

Wyniki badań wskazywały, że stan psychiczny pacjentów poprawiał się w miarę trwania leczenia, a także po zakończeniu terapii. Tendencja ta była szczególnie widoczna w wypadku grupy „analitycznej”. W wypadku grupy „psychiatrycznej” uzyskano niewielką poprawę. Ponadto zaobserwowano znacznie większe zmniejszenie liczby samookaleczeń i natężenia myśli samobójczych w grupie poddanej terapii analitycznej. Wyniki te, w porównaniu z wynikami otrzymanymi w opisywanym wcześniej programie prowadzonym przez Janssena, pokazują, iż leczenie psychiatryczne w połączeniu z analityczną terapią grupową u pacjentów z zaburzeniami osobowości typu *borderline* może dać bardziej satysfakcjonujące efekty.

Podstawowymi ograniczeniami wartości omawianego badania są niska liczebność obydwu grup (19 osób) i możliwe większe zaangażowanie badających po stronie grupy leczonej analitycznie, zwłaszcza że prowadzące ją osoby miały większe doświadczenie w pracy z pacjentami z rozpoznanymi zaburzeniami osobowości.

Nielimitowana czasowo ambulatoryjna grupowa terapia schizofrenii

Wyniki analizy grupowej dostosowanej do potrzeb nielimitowanej czasowo psychoterapii grupowej po

roku i po 2 latach terapii [13, 14] wskazują na jej przydatność jako metody wspierającej farmakoterapię w leczeniu schizofrenii. Z tego też względu zaprezentowano je, mimo że weryfikacja terapii nie w pełni odpowiadała standardom psychometrycznym. Jest to grupa półotwarta (w przypadku zwolnienia się miejsca w porozumieniu z uczestnikami grupy są wprowadzane nowe osoby) i obejmuje 6–10 uczestników. Spotkania odbywają się raz w miesiącu i trwają 90-minut (z czego około 40 minut poświęca się na zalecenia farmakologiczne). Istnieje sporadycznie wykorzystywana możliwość indywidualnych wizyt między sesjami. Terapeuta zachowuje się jak w klasycznej analizie grupowej, zachowuje wycofaną pozycję i podąża za grupą, częściej jednak niż w terapii zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości udziela odpowiedzi na zadawane pytania i wyjaśnia aktualne problemy. Sesje są ustrukturyzowane.

Uczestnicy omawianej terapii spełniali następujące kryteria: przebyli przynajmniej jeden epizod schizofrenii lub zaburzeń schizoafektywnych, mieli doświadczenie wcześniejszej indywidualnej terapii z prowadzącym grupę, ich stan był względnie stabilny (byli w stanie samodzielnie przychodzić na terapię). Po 2 latach od rozpoczęcia terapii badaniem objęto 7 osób. W tym okresie (od kwietnia 1999 r. do kwietnia 2001 r.) uczestniczyło w niej 9 osób — 2 zrezygnowały z udziału po kilku spotkaniach, a 2 zostały przyjęte na zwolnione miejsca.

Pierwszą ocenę wyników terapii przeprowadzono po roku [13]. Uzyskane wyki zachęcały do kontynuowania terapii. Po 2 latach [14] oceniono stan psychiczny za pomocą skali *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) oraz powtórzono badania ankietowe samooceny. U 6 osób nie stwierdzono jakichkolwiek objawów w skali PANSS, a u 1 były bardzo łagodne nasilone (37 pkt). Jednak według subiektywnej oceny 3 osoby uważały, że mają łagodne objawy chorobowe. Oceniając swój stan w porównaniu z okresem przedchorobowym, pacjenci stwierdzili, że:

- ich ogólne samopoczucie jest ogólnie bliskie temu, które mieli przed chorobą (80–100% stanu poprzedniego, 1 osoba — 200%);
- codzienna aktywność i skuteczność w pracy jest w 4 przypadkach bliska poprzedniej (80–100%), w 2 jest o połowę mniejsza (40% i 50%), w 1 jest zdecydowanie wyższa (150%);
- u 5 osób (80–100%) relacje międzyludzkie są nieco na niższym lub takim samym poziomie, 1 zauważyła zdecydowaną poprawę, a 2 zdecydowane pogorszenie (30% i 50%);
- u 4 osób poczucie bezpieczeństwa jest niemal takie, jak przed chorobą (80–100%), 2 czują się zde-

cydowanie bezpieczniej (150% i 200%), a jedna zdecydowanie mniej (50%);

- poczucie własnych możliwości (zdolności) jest u większości osób nieco mniejsze niż dawniej (60–95%), tylko 1 osoba odczuwa w tym aspekcie zdecydowaną poprawę (150%).

Ponadto pacjenci oświadczyli, że dzięki terapii mają bardziej pozytywny stosunek do własnej osoby, zwiększyła się ich szansa kontaktu z innymi ludźmi, podniósł się ogólny nastrój, doświadczają mniejszej ilości stresu, zwiększyła się także ich operatywność w różnego rodzaju trudnych sytuacjach życiowych.

Omawiane prace mają charakter opisu modyfikacji analizy grupowej do potrzeb chorych na schizofrenię. Przeprowadzone badania mają charakter pilotażowy, a prezentowane wyniki wiele ograniczeń (niewielka liczebność grupy, jej specyficzność i brak standaryzowanych metod oceny stanu zdrowia, łączenie farmakoterapii z psychoterapią, specyficzny dobór do grupy), co może powodować trudności w uogólnieniu wyciągniętych wniosków. Mimo to wydaje się, że terapia analityczna może być dużym wsparciem w leczeniu ambulatoryjnym chorych na schizofrenię, którzy dobrze funkcjonują społecznie.

Pacjenci ambulatoryjni z zaburzeniami afektywnymi i lękowymi oraz zaburzeniami osobowościowymi leczeni w prywatnej praktyce — badania norweskie

Program [15–19] obejmował 69 pacjentów (37 kobiet i 32 mężczyzn) leczonych analizą grupową w praktyce prywatnej. Większość pacjentów (poza 2) przypisano do I osi DSM-III-R (zaburzenia afektywne i lękowe). Dodatkowo u 47 osób zdiagnozowano zaburzenia osobowości (os II DSM-III-R, klaster A — 2 osoby, klaster B — 14 osób, klaster C — 17 osób i 14 osób — zaburzenia mieszane). Dziesięć osób było wcześniej hospitalizowanych, połowa uczestników przechodziła wcześniej psychoterapię, połowa otrzymywała pomoc medyczną. Problemy psychiczne trwały przeciętnie 60 miesięcy (2–420 miesięcy). W diagnozie zastosowano częściowo ustrukturyzowany wywiad psychiatryczny, przeprowadzono opisywane poniżej testy, a także oparto się na opinii niezależnego psycho-terapeuty i trzech psychiatrów.

Terapię przeprowadzono w 6–8-osobowych grupach, które spotykały się raz w tygodniu na 90-minutowe sesje. Średni okres uczestnictwa w terapii wyniósł 32,5 miesiąca przy minimalnym wymaganym okresie 6 miesięcy (dwie osoby zrezygnowały z terapii). Stosowano analizę grupową Foulkesa. Część grup była prowadzona przez

jednego terapeuty (tego samego), jedna była prowadzona w koterapii. Terapeuci posiadali 15-letnie doświadczenie w pracy i skończony 5-letni kurs analizy grupowej.

Celem badania było udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

- czy terapia analityczna jest skuteczną metodą leczenia pacjentów ambulatoryjnych w praktyce prywatnej;
- jakie są czynniki zmian (związek czynników charakterystycznych dla poszczególnych pacjentów z długością terapii, częstością uczestnictwa [stopniem zaangażowania]);
- czy wystąpią różnice między leczeniem w koterapii i leczeniem przez jednego terapeuty.

Do oceny wyników zastosowano trzy kwestionariusze:

- Skala Objawów Psychopatologicznych SCL-90 (*Symptoms Checklist-90-R*) [20];
- Inwentarz Problemów Interpersonalnych (*Inventory of Interpersonal Problems*) [21];
- Skalę Globalnej Oceny Funkcjonowania (GAF, *Global Assessment of Functioning*, Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, 1987).

Pacjentów badano 3-krotnie: przed terapią, tuż po jej zakończeniu i rok później.

Na podstawie skal GAF i SCL-90-R stwierdzono, że po zastosowaniu terapii wyleczono około 25% osób, u 35% zaobserwowano poprawę, a u 1–6% pacjentów pogorszenie w zależności od skali. W badaniu testem IIP uzyskano nieco gorsze wyniki. Rok od zakończenia terapii wyniki były następujące:

GAF	SCL-90-R	IIP
Wyleczeni — 61%	Wyleczeni — 34%	Wyleczeni — 38%
Poprawa — 25%	Poprawa — 27%	Poprawa — 24%
Bez zmian — 14%	Bez zmian — 39%	Bez zmian — 38%
Pogorszenie — 0%	Pogorszenie — 0%	Pogorszenie — 0%

Na podstawie otrzymanych wyników można zatem stwierdzić, że największa zmiana zaszła podczas trwania terapii, jednak wyraźnie jest także widoczna zmiana, jaka nastąpiła w samopoczuciu pacjentów po okresie rocznego funkcjonowania poza grupą. Ponadto należy zauważyć, że pacjenci z zaburzeniami osobowości odpowiadali w podobny sposób na leczenie jak osoby z innymi zaburzeniami.

Podstawowymi ograniczeniami omawianego badania były: brak grupy kontrolnej, niereprezentatywność terapeutów (zbyt mała ich liczba), brak szczegółowej analizy wyników (porównania) pacjentów z zaburzeniami osobowości i pacjentów z zaburzeniami lękowymi.

Projekt oceny efektów długoterminowej terapii grupowej dla pacjentów ambulatoryjnych w krajach niemieckojęzycznych

Od 1996 roku jest prowadzony program pod auspicjami Niemieckiego Towarzystwa Terapii Grupowej (DAGG) [22, 23]. Obejmuje on ponad 50 działających terapeutów i ponad 550 ich pacjentów (docelowo ma objąć ponad 800). Dotyczy terapii analitycznej i terapii z psychodramą. Jego celem jest udzielenie odpowiedzi na kilka pytań:

- jacy pacjenci i z jakimi problemami zgłaszają się do terapii grupowej i jak na nią reagują;
- porównanie wyników trzech metod leczenia: psychoanalizy, psychodramy i terapii eklektycznej łączącej obydwie podejścia.

Dotychczas przedstawiono tylko wstępne wyniki zebrane po początkowym okresie leczenia [22]. Przyjęto, iż terapia długoterminowa w początkowym okresie funkcjonowania powoduje u pacjentów zmniejszenie uciążliwości objawów, poprawę poczucia własnej wartości oraz stymuluje nadzieję. Natomiast w dalszym okresie osiągnięte zmiany mają ulec utrwaleniu tak, by zminimalizować ryzyko nawrotu zaburzeń. We wstępnych wynikach uwzględniono 297 pacjentów (112 mężczyzn i 185 kobiet) (62,3%). Większość uczestników (ok. 75%) już wcześniej zetknęła się z różnymi formami pomocy psychologicznej.

Zdiagnozowano następujące zaburzenia (zgodnie z ICD-10):

- brak zaburzeń osobowości (163 osoby — 54,9%);
- zaburzenia osobowości (78 osób — 26,3%);
- inne zaburzenia osobowości i zaburzenia mieszane (56 osób — 18,9%);

a także:

- brak diagnozy (10 osób — 3,4%);
- zaburzenia nastroju (133 osób — 44,4%);
- zaburzenia lękowe i obsesyjno-kompulsyjne (62 osoby — 20,9%);
- reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (16 osób — 5,4%);
- zaburzenia pod postacią somatyczną (30 osób — 10,1%);
- zespoły behawioralne (21 osób — 7,1%);
- inne (25 osób — 8,4%).

Pacjentów zbadano przed rozpoczęciem terapii i po 11–14 sesjach lub 3–4 miesiącach terapii. Oprócz IIP oraz SCL-90-R do badania wykorzystano własną ocenę celów terapii.

Dzięki porównaniu wyników stwierdzono poprawę u pacjentów ze wszystkimi typami zaburzeń leczonych za pomocą trzech form terapii. W ocenie posłużono

się tak zwanym wskaźnikiem wielkości efektu (ES, *effect size*), który określa, o jaką wartość odchylenia standardowego różni się poziom badanej cechy w grupie badawczej w porównaniu z grupą kontrolną. Przeciętny wskaźnik poniżej 0,39 uznaje się za mały; 0,40–0,69 — za umiarkowany, a powyżej 0,70 — za duży. W zależności od formy leczenia zachodzące zmiany są mniej więcej jednakowe (niewielka poprawa) w wypadku problemów interpersonalnych (ES = 0,22). Pod względem uciążliwości objawów największa poprawa nastąpiła w terapii eklektycznej, natomiast ogólnie oceniana poprawa dla wszystkich grup była niewielka (ES = 0,20). Najbardziej znaczący wynik uzyskano w badaniu subiektywnej oceny celów terapii (ES = 0,90). Większość badanych osób wykazała zadowolenie z odczuwanych efektów terapii.

Należy pamiętać, że uzyskane wyniki dotyczą jedynie pewnego etapu terapii, mimo to pokazują, że już po kilku miesiącach pacjenci odczuwają poprawę swojego stanu. Podstawą takiej oceny jest subiektywne przekonanie o realizacji wyznaczonych częściowych celów terapii.

Podstawową wadą opracowania jest zbyt ogólna prezentacja wyników. Szczególnie odczuwalny jest brak prezentacji wyników pacjentów ujętych w konkretne kategorie zaburzeń, tak jak zostali oni zakwalifikowani na jego początku, a także brak podziału na odpowiednie formy terapii przy prezentacji ogólnych efektów leczenia.

Wnioski końcowe

Omawiane wyniki wskazują, że analiza grupowa jest użyteczną metodą leczenia zaburzeń nerwicowych, zaburzeń osobowości oraz zaburzeń nastroju, a jako metoda wspomagająca inne oddziaływania terapeutyczne jest również przydatna w terapii schizofrenii i pacjentów z zaburzeniami osobowości typu *borderline*. Jednak zgodnie z wymaganiami medycyny opartej na faktach istnieje potrzeba potwierdzenia przedstawionych spostrzeżeń w bardziej zaawansowanych metodologicznie badaniach przeprowadzonych na znacznie większej liczbie badanych. Trzeba zaznaczyć, że trudności w prowadzeniu takich badań w dziedzinie psychoanalitycznej terapii są obiektywnie dużo większe niż w wypadku terapii poznawczo-behawioralnej. W uznaniu przydatności metod psychoanalitycznych zasadnicze znaczenie ma praktyka kliniczna, która wskazuje na użyteczność analizy grupowej. Wyniki badań są zbieżne z obserwacjami klinicznymi. Dzięki większej dostępności tej metody w Polsce można się przekonać o jej walorach stosunkowo duża grupa chorych.

Streszczenie

Artykuł stanowi przegląd piśmiennictwa dotyczącego teoretycznych podstaw analizy grupowej oraz wyników badań nad jej skutecznością. Analiza grupowa jest specyficzną metodą psychoanalitycznie zorientowanej psychoterapii grupowej, bardzo często stosowaną w niektórych krajach Europy Zachodniej, która staje się coraz bardziej dostępna w Polsce. Prezentacja badań potwierdzających jej skuteczność ma ułatwić współpracę psychiatrów z kilkudziesięcioma terapeutami starającymi się stosować analizę grupową w Polsce.

słowa kluczowe: terapia psychoanalityczna, psychoterapia grupowa, analiza grupowa

PIŚMIENICTWO

- Łapiński M. Założenia teoretyczne psychoanalizy i jej zastosowanie w psychoterapii grupowej. W: Wardaszko-Lyskowska H. (red.). Terapia grupowa w psychiatrii. PZWL, Warszawa 1980: 111–146.
- Pawlik J. Psychoterapia analityczna. Formy grupowe. PWN, Warszawa 1981 (I wydanie) i 1993 (II wydanie).
- Hobbs M. Współczesna psychoterapia grupowa. Psychoterapia 1998; 4: 17–25.
- Kokoszka A. Teoretyczne podstawy analizy grupowej. Nowiny Psychologiczne 1998; 3: 17–23.
- Foulkes S.H. Therapeutic group analysis. George Allen & Unwin Ltd, London 1964.
- Pines M., Hearst L.E. Group analysis. W: Kaplan H.I., Sadock B.J. (red.). Comprehensive group psychotherapy. Williams and Wilkins, Baltimore 1993: 146–156.
- Foulkes S.H. Group analytic psychotherapy. Methods and principles. Interface, New York 1975.
- Nitsun M. The Anti-Group. Routledge, London 1996.
- Dalal F. Taking group seriously. Towards a Post-Foulkesian Group Analytic Theory. Jessica Kingsley Publishers, London 1998.
- Janssen P. Psychoanalytic therapy in the hospital setting. Routledge, London and New York 1994.
- Bateman A., Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 1563–1569.
- Bateman A., Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow up. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 36–42.
- Kokoszka A. Długoterminowa ambulatoryjna grupowa psychoterapia wspierająca dla chorych na schizofrenię w warunkach prywatnej praktyki: opis rocznych doświadczeń. Psychoterapia 2000; 4: 35–47.
- Kokoszka A. Long-term group psychotherapy of schizophrenia in the private practice setting: description of two year's experience. Arch. Psychiatry and Psychotherapy 2002; 4: 63–78.
- Lorentzen S. Assessment of change after long-term psychoanalytic group treatment: presentation of a field study of outpatients from private psychiatric practice. Group Analysis 2000; 33: 373–399.
- Lorentzen S., Bogwald K. P., Hoglend P. Change during and after long-term analytic group psychotherapy. Int. J. Group Psychother. 2002; 52: 419–429.
- Lorentzen S., Hoglend P. The change process of a patient in long-term group psychotherapy. Group Analysis 2002A; 35: 500–524.
- Lorentzen S. Long-term analytic group psychotherapy with outpatients. Evaluation of process and change. University of Oslo, Unipub AS, Oslo 2003.
- Lorentzen S., Hoglend P. Predictors of change during long-term analytic group psychotherapy. Psychother. Psychosom. 2004; 73: 25–35.
- Derogatis L. R., SCL-90-R. Administration, scoring & procedures. Manual II, Clinical Psychometric Research 1983.
- Horowitz L.M., Rosenberg S.E., Baer A. B., Ureno G., Villasenor V.S. Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 56: 885–892.
- Tschuschke V., Anbeh T. Early treatment effects of long-term outpatients group therapies — first preliminary results. Group Analysis 2000; 33: 397–411.
- Tschuschke V. Research in psychoanalysis and group analysis: „Sexual Methapors“ vs. Unconscious „Fantasies of grandiosity“? A reply and commentary to the article by Chris Evans. Group Analysis 2001; 34: 317–327.