

Psychoterapia grupowa z elementami ISTDP

Leszek Jaworski

Streszczenie

Niniejszy artykuł powstał na bazie wystąpienia, które wraz z Aliną Neugebauer zaprezentowaliśmy na Konferencji Trzech Sekcji „Natura i Kultura. Psychoterapia wobec fenomenu agresji we współczesnym świecie”. W artykule tym przedstawiam autorski sposób prowadzenia krótkoterminowych grup terapeutycznych z elementami ISTDP, który ukształtował się w trakcie poszukiwania nowych, bardziej efektywnych, sposobów pracy z grupami. Nasz projekt stanowi próbę połączenia wieloletniego doświadczenia w prowadzeniu grup terapeutycznych w oparciu o koncepcję Yalom z koncepcją i technikami ISTDP. W niniejszym artykule przedstawiam kolejne etapy procesu grupowego, omawiając specyfikę pracy terapeutycznej w każdym z nich. Prezentuję, w jaki sposób już od momentu konsultacji kwalifikującej do uczestnictwa w terapii zajmuję się pracą nad ustanowieniem specyficznego, indywidualnego i emocjonalnego celu każdego pacjenta. Opisuję także nasz sposób pracy nad objawami lękowymi oraz mechanizmami obronnymi, odnosząc się do trójkąta konfliktu i trójkąta osób wykorzystywanych w terapii ISTDP. Zwracam także uwagę na aktywność terapeuty jego sposób myślenia i wywierania presji na poszczególnych uczestników oraz na grupę jako całość. Na koniec dzielę się własnymi uwagami na temat specyfiki omawianego w artykule sposobu myślenia o procesie grupowym.

Słowa kluczowe

Psychoterapia grupowa, ISTDP, psychodynamiczna psychoterapia, mechanizmy obronne, lęk

Wstęp

W Laboratorium Psychoedukacji od 2007 roku prowadzone są szkolenia, które przygotowują do uprawiania psychoterapii w stosunkowo młodym nurcie ISTDP (ang. *Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy, Intensywna Psychoterapia Psychodynamiczna*). Od kilkunastu lat prowadzimy grupy terapeutyczne, w których pracujemy między innymi w oparciu o koncepcję Irvina Yaloma. Aby zwiększyć efektywność pracy z pacjentami uczestniczącymi w grupach terapeutycznych wraz z Aliną Neugebauer postanowiliśmy zaimplementować na tym polu metodę ISTDP, którą dotychczas stosowaliśmy w terapii indywidualnej (ukończyliśmy zaawansowane trzyletnie szkolenie - Core Training organizowane przez Laboratorium Psychoedukacji, uprawniające do pracy w tym modelu).

ISTDP oparte jest na niektórych koncepcjach teorii psychoanalitycznej ze szczególnym uwzględnieniem koncepcji nieświadomego konfliktu, oporu i mechanizmów obronnych. Zgodnie z tym podejściem terapeuta ma zrezygnować z pasywnej pozycji i przyjąć pozycję aktywną, aby pomóc pacjentowi zogniskować uwagę na jego wewnętrznym konflikcie, i skłonić go do zaangażowania po stronie swoich zdrowych pragnień¹. W niniejszym artykule pragnę przybliżyć specyfikę prowadzonej przez nas terapii grupowej uwzględniającej techniki pochodzące z nurtu ISTDP. Poniżej omawiam kolejne fazy terapii grupowej i specyfikę naszych interwencji. Tego rodzaju terapia obejmuje od dziewiętnastu do czterdziestu dwugodzinnych sesji, a liczba uczestników grupy waha się od ośmiu do dziesięciu.

Pierwsze sesje

Najistotniejszą sprawą w trakcie pierwszych sesji jest zarysowanie kierunku pracy oraz osiągnięcie oczekiwanej przez nas intensywności pracy.

W tym celu konieczne jest:

¹ Załoga B., Zarzycka A. (2011), *Intensywna krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna*, w: Grzesiuk L., Szustek H. (red.) *Psychoterapia Tom VI Szkoły i metody* Warszawa: Wyd. Eneteia.

- uzmysławianie sobie przez członków grupy, że ignorowanie własnego lęku uniemożliwia kontakt ze sobą, zrozumienie siebie,
- praca z mechanizmami obronnymi przed kontaktem (duża uwaga na zachowania ucieczkowe, na tematy zastępcze, niedotyczące tego, co dzieje się na bieżąco w trakcie sesji grupowych),
- koncentrowanie uwagi pacjenta na pytaniu: „Po co tu jestem, co chciałbym osiągnąć w wyniku tego doświadczenia?”.

Dużą uwagę poświęcamy określeniu tego jak problem, z którym pacjent zgłasza się na terapię wynika z jego wewnętrznego, emocjonalnego konfliktu. Próbuje zrozumieć jak to, co zgłasza pacjent będzie można przełożyć na to, co oferuje sytuacja uczestnictwa w grupie.

Ustalenie kierunku i celu pracy każdego pacjenta w grupie w pierwszej fazie terapii uważamy za **niezbędny warunek jej powodzenia**. Już na tym etapie pracy pojawiają się mechanizmy obronne, gdy na przykład pacjenci udzielają niejasnych, ogólnikowych odpowiedzi na pytania terapeuty albo używają projekcji („mąż uważa, że powinnam skorzystać z terapii”).

Nasza postawa od początku jest wyraźna, jesteśmy aktywni, nie zostawiamy grupy i nie przyglądamy się, jaki kierunek rozwoju obierze, ale modelujemy go w taki sposób, aby powstały najlepsze warunki do leczenia, sprzyjające nawiązywaniu lepszemu kontaktowi ze swoimi uczuciami. Z tego powodu tak **wiele uwagi poświęcamy lękowi**. Nasze doświadczenie w prowadzeniu terapii ISTDP wyraźnie wskazuje, że pacjenci (a raczej po prostu ludzie) ignorują sygnały wzrastającego lęku, przyzwyczajają się do myśli, że napięcie w życiu jest normą. Ignorowanie lęku wynika z mechanizmów obronnych określanych w ISTDP jako obrony charakterologiczne polegające na tym, że pacjent traktuje siebie w automatyczny sposób tak jak był traktowany przez opiekunów czyli lekceważy, ignoruje lub unieważnia swój lęk i swoje cierpienie². W trakcie terapii grupowej pokazujemy pacjentom, że zwrócenie uwagi na to, że narósł w nich lęk stanowi pierwszy krok do obniżania lęku a jednocześnie daje możliwość dowiedzenia się czegoś więcej o tym, co na razie przejawia się tylko lękiem. Pokazujemy również pacjentom, jak wiele objawów somatycznych w ich życiu jest przejawem doświadczanego przez nich lęku. Jako przykład takich objawów wskazać

² Frederickson J., (2014), *Współtworzenie zmiany. Skuteczne techniki terapii dynamicznej*, Gdańsk: Wyd. Harmonia.

można np. bóle brzucha, zespół jelita drażliwego czy bóle głowy. Pacjenci uczą się, że zajmowanie się lękiem nie tylko go obniża, ale także staje się drogą do własnych stłumionych potrzeb, uczuć i impulsów³.

Na czym konkretnie polega praca nad lękiem? Jeśli zauważamy objawy lęku u pacjentów, to najpierw pytamy ich, czy zauważają, że są napięci w ciele, a następnie zachęcamy do tego, by szczegółowo przyjrzeni się różnym somatycznym przejawom lęku.

Wyróżnia się trzy drogi rozładowywania nieświadomego lęku:

- w mięśniach poprzecznie-prążkowanych: poprzez zaciskanie pięści, wzdychanie – napięcie w mięśniach międzyżebrowych, napinanie mięśni ramion, barków, karku oraz stóp;
- w mięśniach gładkich: poprzez parcie na mocz i częste oddawanie moczu, skurcz przewodu pokarmowego – zespół jelita drażliwego, nudności, wymioty, objawy naczyniowe – migrena, nadciśnienie; objawy oskrzelowe – astma, obniżone napięcie mięśniowe co powoduje niestabilny chód tzw. „nogi jak z waty”;
- poprzez zakłócenia poznawczo-percepcyjne: rozkojarzenie, dysocjacja, splątanie, utrata wątku, słaba pamięć, nieostre widzenie, widzenie tunelowe, nagła utrata czucia w pewnych obszarach ciała, omdlenia, zastyganie w bezruchu, stany fugi, zawroty głowy, halucynacje⁴

Najzdrowszy sposób rozładowywania lęku polega na kanalizacji napięcia w mięśniach poprzecznie-prążkowanych, zaś najmniej zdrowy przejawia się poprzez zakłócenia poznawczo-percepcyjne. W związku z tym we wstępnej fazie terapii praca z lękiem jest szczególnie ważna z pacjentami, u których lęk wywołuje tego rodzaju zakłócenia bądź przejawia się w mięśniach gładkich. Takie sposoby rozchodzenia się lęku są nie tylko uciążliwe, ale też poważnie ograniczają możliwość korzystania z psychoterapii. Niezbędne są więc interwencje pomagające pacjentowi lepiej regulować lęk. Konieczna może być **praca nad mechanizmami rozszczepienia i projekcji u pacjenta**. Na przykład pacjent projektujący na terapeutę swoją złość będzie wpadał w lęk i samo zajmowanie się jego

³ Coughlin Della Selva P., (2013), *Intensywna krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna* Gdańsk: Wyd. Harmonia.

⁴ Frederickson J., (2014), *Współtworzenie zmiany. Skuteczne techniki terapii dynamicznej*, Gdańsk: Wyd. Harmonia.

objawami nie spowoduje obniżenia poziomu lęku. Konieczne jest w tej sytuacji restrukturyzacja projekcji. W tym celu możemy na przykład zadać pacjentowi następujące pytanie : „Czy w moim zachowaniu lub sposobie, w jaki się do ciebie zwracam, jest coś, co by potwierdzało, że jestem na ciebie zły?”.

Niektórzy pacjenci projektują swoje krytyczne super ego na członków grupy, a następnie są przekonani, że grupa ich odrzuciła, że nie pasują do niej, bo są gorsi. To może prowadzić do jeszcze większego narastania lęku określanego mianem lęku projekcyjnego⁵. W tym przypadku także pytamy pacjentów, o fakty, które potwierdzałyby ich przekonanie. Pytanie to pobudza do badania rzeczywistości i odwraca projekcję.

Dokładna wiedza o tym, w jaki sposób w ciele uwidacznia się silny lęk sprawia, że zmieniamy swoje dotychczasowe opinie na temat osób, które wydają się rozluźnione. A więc pacjenci bez widocznych napięć w mięśniach poprzecznie prążkowanych traktujemy z jeszcze większą troską niż tych, o których potocznie mówimy, że są „spięci”. Wiemy bowiem, że ich lęk może być rozładowywany w niezdrowy sposób - w mięśniach gładkich lub w formie zaburzeń percepcyjno-poznawczych. Rozluźnienie może być też efektem działania obron, na przykład braku zaangażowania.

W wyniku szczególnego zwracania uwagi na cielesne objawy lęku uczestnicy często reagują na to, że ktoś inny doświadcza go w ten sam sposób, a także podobnie sobie z nim radzi, stosując podobne mechanizmy obronne. I tak przykładowo kilka osób w grupie zauważy, że spływają oddech, gdy się boją, część powie, że przed sesją bolał je brzuch, a rano miały biegunkę, część zauważy, że w sytuacji lękowej ucieka w fantazje, ulega rozkojarzeniu, a myślami wędruje daleko od miejsca, gdzie odbywa się sesja. Pacjent nagle uświadamia sobie, że nie tylko on odczuwa lęk, ale wszyscy w grupie. To go zachęca, by z wyraźnym mniejszym skrupowaniem przyjrzeć się innym objawom lęku i w bezpiecznych warunkach zająć się badaniem jego źródeł. Na tym etapie pracy interwencje w pracę grupy jako całości ograniczamy do minimum, gdyż kwestią priorytetową jest dla nas wówczas indywidualna praca uczestników grupy nad regulacją lęku.

Na objawy lęku zwracamy uwagę nie tylko na pierwszych sesjach ale przez cały czas trwania procesu terapeutycznego, aby pod koniec terapii pacjent sam potrafił zauważyć swój lęk. W wyniku naszego intensywnego, nieustępliwego zwracania uwagi na wszelkie objawy

⁵ Frederickson J., (2014), *Współtworzenie zmiany. Skuteczne techniki terapii dynamicznej*, Gdańsk: Wyd. Harmonia.

lęku w ciele w pacjentach bardzo szybko **kształtuje się ego obserwujące**. Ma to duże znaczenie w związku z dalszym przebiegiem terapii grupowej. Pacjenci „monitorują” (obserwują) swoje ciało i na bieżąco o tym mówią. Dzięki temu mogą poznać wyparte uczucia i doświadczyć ich na sesji. Przykładowa wymiana na sesji między pacjentem a terapeutą, która pokazuje, że ego obserwujące zdążyło się ukształtować dzięki zwracaniu uwagi na objawy lęku w ciele, może wyglądać następująco:

Pacjent: Nie wiem, o co chodzi, ale mam mocno spięty kark. W życiu też tak mam, że mam męczące bóle karku. To chyba lęk?

Terapeuta: Tak, napięcie w karku to przejaw lęku. Co takiego dzieje się dzisiaj na sesji, że jesteś spięta? Od kiedy jesteś spięta?

Pacjent: Od kiedy wszedł na sesję spóźniony Tomek.

Terapeuta: Zobacz, jakie uczucie skierowane do Tomka kryje się pod tym lękiem?

Na wstępnym etapie terapii grupowej skupiamy się na **mechanizmach obronnych związanych z unikaniem kontaktu** z innymi. Mechanizmy obronne, które konfrontujemy od pierwszej sesji to przede wszystkim: pasywność (interwencja terapeuty może polegać na zadaniu pacjentowi pytania: „W jakim stopniu chcesz się zaangażować w to, co się tutaj dzieje?”), zachowania ucieczkowe, myślenie magiczne (opiera się na założeniu, że wystarczy chodzić na terapię, żeby się wyleczyć), projekcje woli (pacjenci, którzy myślą: „To tobie, terapeuto, zależy na zmianie, więc przekonaj mnie, że warto zaangażować się w pracę na tych sesjach”). Szczególnie dużą wagę przykładamy do tego, aby już na wstępnym etapie terapii podjąć **pracę z tymi pacjentami, u których zidentyfikowaliśmy krytyczne superego**⁶. Tacy pacjenci niejako zapraszają pozostałych uczestników grupy lub terapeutów do pełnienia funkcji ich zdrowej części. Grupa bywa sfrustrowana, usiłując przekonać pacjenta, żeby przestał się dewaluować i w końcu siebie polubił. W takiej sytuacji praca z pacjentem ma na celu doprowadzenie do sytuacji, w której to w pacjencie będzie się rozgrywał konflikt między jego zdrową częścią, która przywiodła go na terapię, a jego krytycznym superego. Chodzi więc o to, aby odwrócić projekcję zdrowej części pacjenta na grupę i prowadzących i sprawić by konflikt wrócił do wnętrza psychiki pacjenta. Osiągnięciu tego celu sprzyja technika

⁶ Frederickson J., (2014), *Współtworzenie zmiany. Skuteczne techniki terapii dynamicznej*, Gdańsk: Wyd. Harmonia.

odzwierciedlenia krytycznego superego⁷. Dopóki pacjent się identyfikuje się ze swoim krytycznym superego, dopóty praca nad pozostałymi problemami, których doświadcza, będzie bezowocna. Jak najszybsze rozpoczęcie pracy z takimi pacjentami jest naszym zdaniem kwestią wyjątkowo istotną, jej brak może bowiem potęgować ryzyko, że pacjent wypadnie z grupy. Będzie bowiem sfrustrowany brakiem jakiegokolwiek zmiany oraz nadziei na kierunek pracy, który mógłby umożliwić jej dokonanie.

Na zakończenie tego rozdziału chciałbym wskazać elementy koncepcji Yaloma stosowane przez nas na tym etapie terapii:

- skupienie uwagi na włączeniu wszystkich uczestników do grupy,
- zachęcanie by uczestnik badał relację zarówno z każdą osobą w grupie jak i z terapeutami,
- dbałość o tworzenie się dobrych dla terapii norm grupowych,
- budowanie bezpieczeństwa i spójności w grupie,
- modelowanie aktywnego, zaangażowanego, bezpośredniego uczestnictwa w tym, co się dzieje na sesji między uczestnikami i w nich samych.

Sesje od jednej czwartej terapii do mniej więcej połowy

Na tym etapie staramy się stworzyć przestrzeń do wymian między uczestnikami, do zwracania się ku sobie, do rozglądania się, łączenia na zasadzie podobieństw problemów czy też sympatii. Wycofujemy więc swoją kształtującą kulturę grupy modelującą aktywność z pierwszej fazy terapii na rzecz rozwoju grupy i relacji między uczestnikami. Czasami już po kilku sesjach uczestnicy wiedzą dużo o tym, jak objawia się u nich lęk oraz o specyficznych mechanizmach obronnych powstrzymujących nas przed nawiązywaniem kontaktu, ale zbyt mało o tym, czym zajmują się na co dzień, jak wygląda ich prywatne życie. W tej fazie terapii robimy na to miejsce, bo sposób pracy, to co będzie w niej istotne, zostało zamodelowane i

⁷ Frederickson J., (2014), *Współtworzenie zmiany. Skuteczne techniki terapii dynamicznej*, Gdańsk: Wyd. Harmonia.

nie zgubi się już w treściach, opowiadaniach o sobie. Uczestnicy zdają już sobie na tym etapie sprawę z tego, że praca terapeutyczna nie polega na cedowaniu na inne osoby odpowiedzialności za rozwiązywanie własnych problemów, ale na poznawaniu blokad uniemożliwiających kontakt z sobą i uczuciami, które żywimy wobec siebie i innych.

W tej fazie podczas kolejnych spotkań intensywniej włączamy **pracę nad mechanizmami obronnymi** pacjentów. Mechanizmy obronne kształtują się w dzieciństwie, kiedy uczymy się pomijać te elementy rzeczywistości (nasze reakcje, uczucia, impulsy), których nasi opiekunowie nie akceptują (nie rozumieją ich, przeszkadzają im lub ich złością). Nasze zachowanie ma na celu utrzymanie więzi z naszymi opiekunami, gdyż w wieku dziecięcym to wyłącznie od nich zależy nasze przetrwanie. Mimo że wchodząc w życie dorosłe, uzyskujemy niezależność, to jednak ukształtowane dużo wcześniej nieświadome mechanizmy obronne pozostają aktywne. Terapia grupowa stwarza bezpieczną przestrzeń, w której mogą się one ujawnić i zostać nam uświadomione, abyśmy następnie zobaczyli, jakie to reakcje, uczucia i impulsy są przez nie blokowane. Pracując z mechanizmami obronnymi, chcemy zatem pomóc pacjentowi w porzuceniu destrukcyjnych mechanizmów obronnych, które tworzą jego problemy, aby mógł doświadczyć uczuć i zacząć wyrażać je w postaci przystosowawczych działań zamiast nie przystosowawczych mechanizmów obronnych.

Wspomniałem już, że na pierwszym etapie terapii pokazujemy pacjentom mechanizmy obronne, ale głównie te, które służą im do trzymania innych uczestników i terapeutów na dystans (taktyczne mechanizmy obronne)⁸. Teraz chciałbym pokazać, jak pracujemy z represyjnymi mechanizmami obronnymi. Rola terapeutów (ale też pozostałych członków grupy) jest tu znacząca, gdyż mechanizmy obronne działają nieświadomie, a pacjent często ich nie zauważa, choć pozostałym członkom grupy łatwo je dostrzec – jest to walor pracy grupowej.

Przyjrzyjmy się przykładowej interwencji, którą terapeuta stosuje w celu wydobycia pacjentów z nieświadomego i nawykowego funkcjonowania mechanizmów obronnych. Często spotykaną sytuacją na pierwszych sesjach grupy jest niereagowanie na spóźnienia czy nieobecności. Pacjenci na pytanie terapeuty: „Co czujecie do Tomka w związku z jego kolejną nieobecnością?” odpowiadają na przykład: „pewnie coś mu wypadło”, „nie zajmujemy się tymi, których nie ma”, „nie róbmy z tego takiej wielkiej sprawy”, „mnie też tydzień temu nie

⁸ Frederickson J., (2014), *Współtworzenie zmiany. Skuteczne techniki terapii dynamicznej*, Gdańsk : Wyd. Harmonia.

było” itp. Pokazujemy wtedy, że tzw. machnięcie ręką na takie sytuacje jest w gruncie rzeczy przejawem lekceważenia siebie. Najpierw pomagamy pacjentowi zidentyfikować mechanizm obronny: „Mówisz, że mu coś wypadło, ale ta myśl nie mówi o tym, co czujesz w związku z tym, że znów go nie ma”. Następnie wyjaśniamy funkcję takiego mechanizmu obronnego i koszty jego użycia. Przykładowa interwencja psychoterapeuty przebiega w tym przypadku następująco: „Mówisz, żeby nie zajmować się nieobecnymi. Jeśli teraz dystansujesz się od swoich uczuć wobec Tomka, który drugi raz nie przychodzi na sesję i o tym nie informuje, lekceważąc umowę, która obowiązuje wszystkich, włącznie z tobą, może to utrudnić dotarcie do twoich trudności. Mówisz, że chciałbyś zrozumieć, dlaczego jesteś w życiu pomijany, ale teraz decydujesz się pominąć swoje uczucia do Tomka w związku z jego nieobecnością”. Na kolejnym etapie wyjaśniamy funkcję mechanizmu obronnego: „Mówisz, żebyśmy nie robili z tej nieobecności wielkiej sprawy. Pomniejszanie znaczenia faktu, że Tomek nie dotrzymuje umowy, którą zawarł też z tobą pozwala ci uniknąć kontaktu z tym co czujesz do Tomka w związku z tym jak cię traktuje.” Następnie pokazujemy konsekwencję stosowania mechanizmu obronnego czyli jego koszt: „Czy zauważasz, że w ten sposób zachęcasz innych, by nie przejmować się tobą? Czy w ten sposób nie wysyłasz sygnału, że nie zależy ci na tym, by traktować cię poważnie?” Pracując z pacjentem na tle grupy oczywiście modelujemy też kierunek pracy nad sobą dla pozostałych uczestników: „Nie umniejszam sobie, traktuję siebie poważnie. W związku z tym oczekuję szacunku wobec siebie, a jeśli tak nie będzie, to wyrażę wobec tego sprzeciw.” Widać tu, że jako terapeuci modelujemy proces terapeutyczny w taki sposób, by pacjent mógł traktować siebie z szacunkiem i miłością. Z tego powodu **jako terapeuci opowiadamy się po jego zdrowej stronie** i dajemy temu wyraz w naszych interwencjach. Gdy pacjent stosuje szkodliwe mechanizmy obronne, nie ukrywamy swojej reakcji emocjonalnej, mówimy: „To okropne, że tak siebie atakujesz, czy chcesz to kontynuować?”

Chcemy jednocześnie podkreślić, że praca nad mechanizmami obronnymi może się odbywać jedynie przy dobrym sojuszu terapeutycznym. W trakcie tej pracy pacjent dowiaduje się więc, co straci, jeśli nadal będzie stosować mechanizmy obronne. Pokazujemy mu też, jakie nowe sposoby funkcjonowania staną się dla niego dostępne, jeśli spróbuje doświadczyć swoich uczuć, potrzeb, impulsów, które są przez te mechanizmy blokowane. I tak na przykład w przypadku mechanizmu obronnego, jakim jest płaczliwość, pytamy: „Jak doświadczałabyś

swojej złości, gdybyś jej nie zmywała łzami? Czy zdajesz sobie sprawę z tego, że dzięki temu twoja złość byłaby dużo bardziej klarowna dla partnera? Czy widzisz, jak wydobywasz się z przygnębienia w momencie, gdy znów wracasz do doświadczania złości za to, że cię uderzył?”

Taki sposób pracy z mechanizmami obronnymi oznacza, że jako terapeuci staramy się tworzyć **optymalną presję**, czyli taką, w której poziom lęku w trakcie sesji nie jest ani za wysoki, ani za niski. W jaki sposób tworzymy optymalną presję? Ta praca zaczyna się już na etapie konsultacji, w trakcie której sprawdzamy motywację pacjenta do podjęcia terapii i nie decydujemy się przyjąć pacjentów, z którymi nie udaje się zbudować wstępnie sojuszu pracy, gdyż nie udaje się określić co jest źródłem cierpienia, nad którym chcieliby pracować w grupie. Już na konsultacji próbujemy przełożyć cele jego zgłoszenia na to co mógłby robić na sesjach by te cele osiągnąć.

Na początku terapii grupowej prosimy każdego uczestnika, żeby powiedział, nad jakimi sprawami chce pracować w trakcie terapii grupowej. Co kilka sesji pytamy pacjentów, w jakim stopniu czerpią korzyści z tego, co się dzieje na sesjach, w jakim stopniu zbliża ich to do rozwiązania problemów, które przywiodły ich na terapię. Pokazujemy koszty unikania zajmowania się sobą i pokazujemy wybór między dalszą pasywnością, która sprzyja kontynuacji ich problemów a podejmowaniem ryzyka, które może sprzyjać uzyskaniu upragnionej zmiany. Blokujemy tematy zastępcze, konfrontujemy bierny opór, pasywność, uległość. Otwarcie pokazujemy, że samo uczestnictwo w terapii nie jest czynnikiem leczącym. Presja pozwala na odsłanianie kolejnych mechanizmów obronnych i pracę nad nimi. Podnosi ona też lęk, który staramy się utrzymywać na optymalnym poziomie pomagając pacjentom w jego zdrowej regulacji w trakcie sesji. Dzięki temu **lęk i mechanizmy obronne stopniowo co raz mniej przeszkadzają pacjentowi na co dzień w otwartym wyrażaniu tego, kim jest, co czuje i czego chce**.

Uważamy również, że podtrzymywanie optymalnej presji na zajmowanie się swoimi celami, które przywiodły uczestników by podjąć terapię chroni proces grupowy przed powstaniem zjawiska „Antygrupy”⁹. Często obserwowanym zjawiskiem w sytuacji małej presji prowadzących na pracę pacjentów nad swoimi problemami jest to, że wtórne korzyści z

⁹ Nitsun M., (2015), *Antygrupa*, Poznań Wyd: Laboratorium Psychoedukacji & Pracownia Humani.

terapii, takie jak spotkania towarzyskie między sesjami, stają się dla uczestników cenniejsze niż same sesje.

Zwracając uwagę na to, by wywierać optymalną presję na zaangażowanie uczestników w poznawanie swoich emocjonalnych problemów, zmieniliśmy podejście do ciszy, których dotychczas na ogół raczej nie przerywaliśmy zamiast aktywnie na nie reagować. Obecnie nie przerywamy ciszy tylko w nielicznych przypadkach (na przykład gdy okazuje się ona świadectwem poruszenia lub przejawem głębokiej zadumy). Uważamy, że przyzwolenie na długie cisze w grupie to zgoda na trwanie obron taktycznych. Rezygnując z konfrontacji z ciszą, powoduje się, że te cisze narastają, daje się pacjentom przyzwolenie na bycie w terapii bez zaangażowania, bez mierzenia się z lękiem przed zaangażowaniem w terapię, co z kolei sprzyja wyłanianiu się „Antygrupy”.

Mówiąc o roli presji, chcę podkreślić, że sposób wykorzystywania przez nas presji jest dostosowany do możliwości adaptacyjnych ego pacjenta¹⁰ oraz do składu grupy¹¹. Inaczej będziemy stosować presję w grupie, w której przeważają osoby depresyjne, a inaczej w grupie, gdzie dominują osoby o zaburzeniu borderline, schizoidalne itd.

Podejście ISTDP z jednej strony daje wskazówki jak interweniować, z drugiej zaś uczula by interwencja była dopasowana do możliwości ego pacjenta. Oczywiście stosowanie przez nas presji jest możliwe w takim stopniu, w jakim uda się nam zbudować z pacjentem **dobry sojusz terapeutyczny** a w grupie spójność. Bez tego pacjent będzie czuł się dominowany, przymuszany, zirytowany lub będzie jeszcze bardziej pogrążał się w lęku, podobnie będzie reagowała grupa. Reakcja pacjenta (grupy) na presję stanowi więc dla nas informację zwrotną: albo okazuje się, że nie zbudowaliśmy dobrego sojuszu z pacjentem (grupą), albo pacjent (grupa) rozumie kierunek pracy i mimo lęku jest zmobilizowany do stawiania kolejnych kroków. Zdarzają się nam też oczywiście porażki empatyczne i wtedy się do nich pacjentom przyznajemy, co często wzmacnia sojusz terapeutyczny.

Częstym tematem w tej fazie terapii jest:

- Nieumiejętność wyrażania złości;

¹⁰ Frederickson J., (2014), *Współtworzenie zmiany. Skuteczne techniki terapii dynamicznej*, Gdańsk : Wyd. Harmonia.

¹¹ Yalom I., Leszcz M., (2006), *Psychoterapia grupowa*, Kraków: Wyd. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Uświadomienie sobie trudności w kontakcie ze sobą;
- Nielubienie siebie, odrzucanie, nienawiść do siebie;
- Koszty niezdrowej regulacji lęku;
- Koszty używania mechanizmów obronnych;
- Przypomnienie sobie, jak rodzice blokowali, dewaluowali, atakowali momenty, w których pacjenci próbowali wyrażać swoje uczucia;
- Lęk przed bliskością, trudność w przyjmowaniu pozytywnych uczuć.

Sesje od połowy terapii do mniej więcej trzeciej sesji od końca

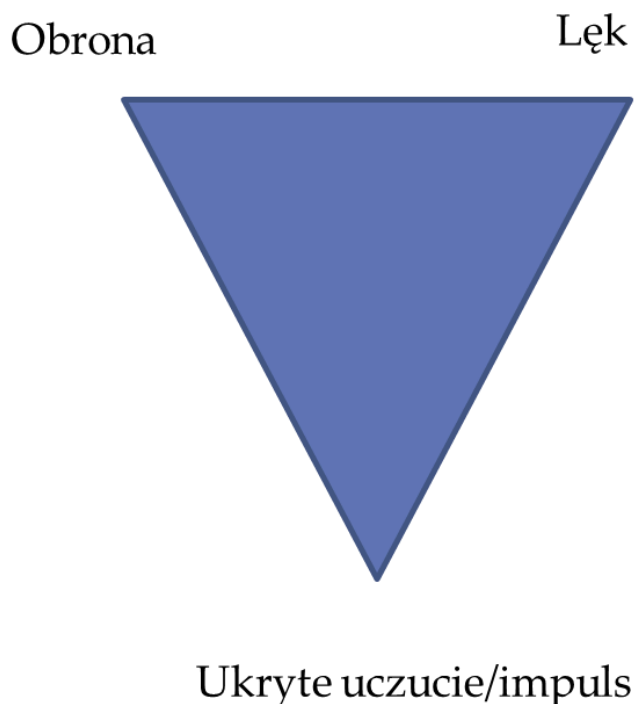
Ten etap terapii to przeplatanie się sposobu prowadzenia grupy zaczerpniętego z podejścia Yaloma ze sposobem myślenia o terapii w podejściu ISTDP. Zwykle na sesji swoje „prace” mają dwie lub trzy osoby. Uczestnicy sami zgłaszają gotowość zajęcia się swoimi problemami, w czym pomagają im pozostali pacjenci i terapeuci. Tak jak pisałem wcześniej, zależy nam na rozwoju grupy, na rozwoju relacji między uczestnikami, co można uznać za bliskie podejściu Yaloma. Zwracamy również uwagę na wyróżnione przez niego czynniki leczące: zaszczepienie nadziei, uniwersalność, informacje zwrotne, altruizm, korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej, rozwój umiejętności społecznych, naśladowanie, uczenie się umiejętności interpersonalnych, *katharsis*, czynniki egzystencjalne, uczenie się przez doświadczenie interpersonalne, spójność grupowa¹².

Z drugiej strony kiedy między uczestnikami dochodzi do żywej, bliskiej emocjonalnej wymiany a my widzimy wzrost lęku lub aktywizację mechanizmu obronnego, to z terapeutycznego punktu widzenia bardziej zależy nam na tym, by zwrócić pacjentowi uwagę na wzrost lęku albo konkretny mechanizm niż na podtrzymaniu kontaktu między uczestnikami. W gruncie rzeczy zależy nam bardziej by ujawniły się mechanizmy obronne czy też pojawiła się trudność w regulacji lęku niż by pacjenci podtrzymywali ze sobą konwersację. Musimy być szczególnie czujni, żeby pacjent, który właśnie pracuje nad swoim problemem, nie stał się delegatem grupowym (czyli kimś kto prezentuje wyparty i wyprojektowany czy też zaprzeczony przez grupę problem).

¹² Yalom I., Leszcz M., (2006), *Psychoterapia grupowa*, Kraków: Wyd. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Na tym etapie terapii pacjent powinien wiedzieć, na czym polega trójkąt konfliktu (rys. 1), a więc rozumieć, że wydarzenie w relacji z innym uczestnikiem grupy lub terapeutą budzi w nim uczucie, które wywołuje w nim lęk i że w celu obniżenia tego lęku nieświadomie stosuje charakterystyczne dla siebie mechanizmy obronne. W jaki sposób pacjent miałby dowiedzieć się, na czym polegają powiązania w trójkącie konfliktu? Na pewno dzięki elementom psychoedukacyjnym, czyli pracy na początku terapii grupowej, która koncentruje się na rozpoznawaniu objawów lęku, a w późniejszej części na obserwowaniu, w których momentach lęk wzrastał, a więc kojarzenia go z aktywacją innych uczuć, potrzeb, pragnień. Drugi element to praca z mechanizmami obronnymi w kontekście tego, jakie impulsy, pragnienia mechanizmy te blokują.

Rys. 1 Trójkąt konfliktu.

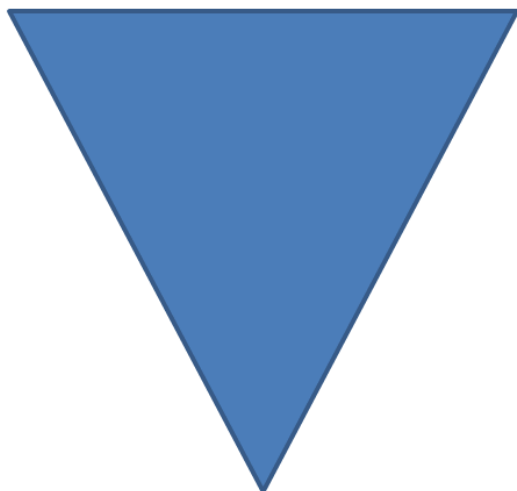


Przy tej okazji chciałbym również wspomnieć o trójkącie osoby (rys. 2) opisanym przez Karla Mennigera, gdyż na dalszym etapie terapii praca nad tym trójkątem odgrywa przewodnią rolę w leczeniu.

Rys. 2 Trójkąt osoby

Inni
(aktualne życie)

Przeniesienie
(zwykle tu i teraz)



Rodzic lub Rodzeństwo
(zwykle odległa
przeszłość)

Trzy wierzchołki trójkąta oznaczają trzy główne grupy relacji pacjenta: ważne relacje z przeszłości, aktualne ważne relacje w jego życiu, relacja z terapeutami. U podstaw tego schematu leży teza, że to, co się wydarzyło w naszych relacjach z ważnymi osobami w dzieciństwie (oczywiście chodzi tu głównie o rodziców, ale też innych ważnych opiekunów, rodzeństwa itp.), objawia się w relacji z uczestnikami grupy, terapeutami czy też aktualnymi ważnymi osobami z życia pacjenta. Praca nad trójkątem osoby pozwala zrozumieć pacjentowi jego patologiczne wzorce relacyjne. Zrozumienie trójkąta osób przez pacjenta wzmacnia sojusz terapeutyczny – dla pacjenta staje się w pełni zrozumiałe, dlaczego miał się skupiać na „tu i teraz” w grupie, na relacjach z uczestnikami. Teraz widzi, że dzięki temu jest w stanie zrozumieć lepiej swoje relacje z życia i to, co mu w nich doskwiera.

Wspomniane „trójkąty” wykorzystujemy nie tylko w pracy terapeutycznej z pacjentem indywidualnym, są one dla nas także użyteczne, gdy chodzi o rozumienie tego, co dzieje się z grupą jako całością i w jakim stadium procesu terapeutycznego ona się znajduje.

Zastanawiamy się, w którym z wierzchołków trójkąta konfliktu jest grupa, czy teraz jest w kontakcie z uczuciami, czy zdominowana jest przez mechanizmy obronne czy też jest w lęku. Podobnie próbujemy patrzeć na to, co się dzieje w grupie przez pryzmat trójkąta osoby: zastanawiamy się, czy to co mówi pacjent dotyczy relacji z ważnymi osobami z przeszłości, aktualnej w jego życiu lub z jakimś uczestnikiem grupy czy z nami terapeutami.

Praca w oparciu o powyższe schematy pogłębia kontakt pacjenta z uczuciami. Uczucia te zostały nieświadomie zablokowane w dzieciństwie, gdyż ich ekspresja zagrażała relacji z osobami, od których całkowicie zależeliśmy. Badania Malana z 1976 i 1979 roku dowiodły, że **uzyskanie pozytywnych efektów terapii**, które utrzymają się w czasie, **wymaga możliwie pełnego doświadczenia swoich uczuć przez pacjenta**, zrozumienia, skąd w jego życiu tyle objawów wynikających z działania mechanizmów obronnych, lęku i kompulsywnego powtarzania niesatysfakcjonujących schematów relacji z bliskimi, które stanowią odzwierciedlenie przeszłej relacji z rodzicem¹³.

Co robimy, aby pacjent doświadczył swoich uczuć w pełni? Celem naszej pracy nie jest intelektualizowanie o uczuciach, ale umożliwienie im dojścia do głosu, co oczywiście wiąże się z koniecznością regulacji lęku w trakcie pracy albo blokowaniem mechanizmów obronnych po tym, jak zostaną już one przez nas rozpoznane. Przykładowo do pacjentki, która w trakcie opowiadania o relacji z mężem staje się płaczliwa lub bezsilna, zwracamy się, mówiąc: „Łzami zmywasz złość ze swojej twarzy. Czy jeśli będziesz osuwać się w tą bezsilną pozycję to będziesz w stanie efektywnie radzić sobie z atakami swojego męża, Czy nie lepiej zobaczyć jak doświadczasz tej złości w sobie? Czy nie lepiej doświadczyć swojej siły i energii?” Jak widać to często bywa faza wyraźnych konfrontacji mechanizmów obronnych, wydobywania wszelkich aspektów szkodliwości tych obron, wiązania tej szkodliwości z ich zgłoszeniem na grupę. Interwencja terapeuty przebiega w takich przypadkach następująco: „Zobacz, i wtedy wpadasz w depresję, czy nie dlatego zgłosiłeś się na grupę?”

Pacjenci na pytania o uczucia mogą odpowiedzieć: „czuję smutek”, „jestem zły”. Nie poprzestajemy na tych odpowiedziach, bo nie mamy pewności, czy rzeczywiście pacjent ma kontakt z uczuciem, czy też odpowiada nam na poziomie poznawczym. Gdy na pytanie o uczucia do innego uczestnika pacjent odpowiada: „czuję złość”, zadajemy mu kolejne pytanie:

¹³ Coughlin Della Selva P., (2013), *Intensywna krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna* Gdańsk: Wyd. Harmonia.

„jak doświadczasz swojej złości w ciele?” Często pacjenci zauważają, że w ich ciele nie ma przejawów złości, choć są w stanie sobie przypomnieć, jak przejawiała się w ich ciele złość w innych momentach życia.

W sytuacji, gdy w grupie rośnie natężenie ekspresji emocjonalnej, jesteśmy też wyczuleni na to, jak uczestnicy radzą sobie w tej sytuacji, jaki poziom osiąga ich lęk. Jeśli w grupie pojawienie się uczuć u jednego uczestnika w innych wzbudza lęk, to regulujemy go, interweniując na przykład w następujący sposób: „Wydaje się, że pojawienie się złości między Tomkiem a Mateuszem budzi w was lęk”. Jest to również okazja, by jeszcze wyraźniej pokazać związek odczuwanego przez pacjentów napięcia z uczuciami, które wywołują u nich taką reakcję. Jeśli zauważamy, że część grupy uciekła myślami poza to co się dzieje na grupie, to pokazujemy mechanizm obronny i dodajemy: „W wyniku wzrostu lęku związanego z uczuciami złości między dwoma uczestnikami odciąłeś się, uciekasz przed tą sytuacją”. W ten sposób po raz kolejny utrwalamy rozumienie trójkąta konfliktu.

Oto niektóre z tematów, które poruszamy na tym etapie pracy:

- Budowanie miłości do siebie, żal za stracony czas, gdy się siebie porzucało;
- Wysiłek i ciągła mobilizacja jako obligatoryjne elementy zmiany, rozstawanie się z fantazją, że ktoś wynagrodzi nam krzywdy z dzieciństwa;
- Tematy tabu, takie jak seksualność, pieniądze, rywalizacja;
- Jak odbierani są prowadzący przez uczestników;
- Lęk przed kończeniem terapii.

Kończenie terapii i podsumowanie

Zdecydowaliśmy się na krótkoterminową formę pracy i nie stawiamy sobie za cel, by pacjenci po ukończeniu terapii nie musieli już więcej z niej korzystać (choć dla niektórych pacjentów sesje grupowe mogą okazać się wystarczająco pomocne). Z tego powodu pod koniec terapii pojawiają się takie uczucia, jak żal, że trwała tak krótko i obawa, czy zmiany, które dokonały się w jej trakcie, okażą się trwałe. Bywa, że propozycją dalszej pracy nad sobą

jest terapia indywidualna w podejściu ISTDP, gdyż pozwala ona w pełni doświadczyć uczuć dzięki dotarciu do nieświadomości pacjenta¹⁴.

Podsumowanie pracy w trakcie ostatnich sesji często opiera się na trójkątach konfliktu i trójkątach osoby (przypominanie ujawnionych w trakcie terapii mechanizmów obronnych, wyczerpanie na rozpoznawanie pierwszych symptomów lęku i próba zrozumienia, co w danej sytuacji mogą blokować, rozumienie swoich projekcji, przeniesień odsyłających do relacji z rodzicami).

Jaki stawiamy sobie cel w prowadzonej przez nas terapii? Chcemy zainicjować u pacjenta proces pogłębionej autoanalizy, a jeśli w nim utknie bądź od razu uzna, że sam nie da rady, może kontynuować ten proces w kolejnej grupie lub w terapii indywidualnej. Naszym celem jest mobilizacja pacjenta do intensywnego badania siebie i własnej psychiki.

W trakcie prowadzenia tego rodzaju grup zaskoczyło nas to, że mimo zmiany techniki oraz niskiej częstotliwości naszych interwencji w pracę grupy jako całości, rozwój jej spójności przebiega bardzo stabilnie. Uczestnicy się do siebie zwracają, zbliżają, grupa dojrzewa, nie wpada w zależność z terapeutami, nie fiksuje się permanentnie na pierwszej fazie zależności. Uczestnicy bardzo systematycznie reagują na nieobecności, na spóźnienia innych osób, zauważają siebie. Grupa jest dla nich ważna i często dają temu wyraz.

Na zakończenie chciałbym spróbować odpowiedzieć na pytanie, dla kogo propozycja tego rodzaju pracy terapeutycznej byłaby szczególnie odpowiednia? Wiele korzyści mogą z niej czerpać pacjenci, którzy „rozmywiają się” w terapiach, nie czują upływu czasu, są pasywni, unikają odpowiedzialności za swoje życie. Mocna struktura grupy i panująca w niej presja dają im dobre warunki do pracy. Nie pozwalamy uczestnikom na rozproszenie uwagi ani na iluzję, że coś ważnego dla nich może się magicznie wydarzyć w terapii bez wysiłku i zaangażowania z ich strony.

Naszym podstawowym osiągnięciem wydaje nam się to, że pacjenci po zakończeniu terapii są zmobilizowani do dalszej pracy nad sobą i obrony jednostkowej autonomii. Często można odnieść wrażenie, że po ukończeniu terapii lepiej rozumieją swoje działania, wiedzą, w jakim kierunku ma zmierzać ich praca nad sobą. Wynika to naszym zdaniem z tego, że od początku koncentrujemy się na ich nieumiejętności doświadczania uczuć, a nie problemach z

¹⁴ Frederickson J., (2014), *Współtworzenie zmiany. Skuteczne techniki terapii dynamicznej*, Gdańsk : Wyd. Harmonia.

życia. Zamiast się na nich skupiać poznajemy poszczególne mechanizmy obronne, kształtujemy wśród pacjentów umiejętność regulacji lęku, rozpoznawania go i wiązania z uczuciami, tak by praca skierowana była na coraz lepszy kontakt pacjentów ze sobą.

Literatura:

Abbas A., (2015), *Reaching Through Resistance: Advanced Psychotherapy Techniques*, Kansas City: Seven Leaves Press.

Coughlin P., (2017), *Maximizing Effectiveness in Dynamic Psychotherapy*, New York: Routledge.

Coughlin Della Selva P., (2013), *Intensywna krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna* Gdańsk: Wyd. Harmonia.

Frederickson J., (2017), *The Lies We Tell Ourselves: How to Face the Truth, Accept Yourself, and Create a Better Life*, Kansas City: Wyd: Seven Leaves Press.

Frederickson J., (2014), *Współtworzenie zmiany. Skuteczne techniki terapii dynamicznej*, Gdańsk: Wyd. Harmonia.

Yalom I., Leszcz M., (2006), *Psychoterapia grupowa*, Kraków: Wyd. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Nitsun M., (2015), *Antygrupa*, Poznań Wyd: Laboratorium Psychoedukacji & Pracownia Humani.

Załoga B., Zarzycka A. (2011), *Intensywna krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna*, w: Grzebiuk L., Szustek H. (red.) *Psychoterapia Tom VI Szkoły i metody* Warszawa: Wyd. Eneteia.

O autorze:

Jest założycielem Ośrodka ISTDP *Bez Lęku* oraz Insytutu ISTDP w Warszawie zajmującego się szkoleniami z psychoterapii ISTDP. Ukończył 4-letnie Studium Psychoterapii, 2-letnie Studium Terapii Rodzin, 2-letnie Studium Terapii Grupowej, 2-letni staż na Oddziale Dziennym Psychiatrycznym w Płońsku, pierwszy stopień Psychoterapii Opartej o Mentalizację (MBT). Prowadzi terapię indywidualną i grupową w podejściu psychodynamicznym. Od 2008 roku pracuje również w podejściu ISTDP (Intensywna Psychoterapia Psychodynamiczna): ukończył 2-letni kurs wstępny a następnie 3-letnie zaawansowane szkolenie Core Training w tej metodzie. Od 2020 uczestniczy w kursie nauczycielskim metody ISTDP. Posiada certyfikat psychoterapeuty Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii, certyfikat ISTDP wydany przez IEDTA. Należy do zarządu Polskiego Stowarzyszenia Integracji Psychoterapii oraz do zarządu Sekcji ISTDP.