

20 LAT ISTNIENIA ODDZIAŁU TERAPEUTYCZNEGO
DLA SKAZANYCH UZALEŻNIONYCH OD ALKOHÓLU
W ARESZCIE ŚLED CZYM W WARSZAWIE-MOKOTOWIE

Terapia uzależnień w izolacji więziennej

- możliwości i ograniczenia



Co NIE zdarzy się na grupie terapeutycznej w więzieniu

Wstęp

Więziennictwo od kilku dekad próbuje zaaplikować w swój krwiobieg oddziaływania terapeutyczne. Kodeks Karny Wykonawczy wprowadza system terapeutyczny który zastąpił zakłady leczniczo-wychowawcze. Prowadzimy więc terapię uzależnień, próbujemy też radzić sobie w ramach systemu terapeutycznego z osobami z zaburzeniami niepsychotycznymi, pomieścić osoby upośledzone czy z zaburzeniami preferencji, oraz resztę z psychologicznej tablicy Mendelejewa – ICD10. Takiego klienta-pacjenta-skazanego-osobę dostajemy jako więziennicy od sądów, z wyrokami wykonania kary pozbawienia wolności, takiemu pacjentowi-człowiekowi trzeba po ludzku pomóc.

Od niespełna roku przyglądam się terapii uzależnień w oddziale w którym przyszło mi pracować. Od ponad 5-ciu lat pracuję jako terapeuta grupowy, w podejściu niedyrektywnym, zbliżonym do analitycznego poza więzieniem. Mam więc (jeszcze!) świeże spojrzenie na porównanie tych dwu skrajnie różnych modeli terapii grupowej. Model niedyrektywny, oparty na procesie grupowym, gdzie spotkanie zaczyna się po prostu zamknięciem drzwi, gdzie nie ma tematu – bo tematem jest to co tu i teraz. Oraz model dyrektywny terapii uzależnień, obecny w więziennictwie, gdzie pacjentów „się uczy” o mechanizmach uzależnienia, „się przekonuje do trzeźwości”, „się wskazuje drogę, pokazuje konsekwencje picia i szkody”.

Celem tego tekstu jest próba namysłu nad tym co jest, co może być, a czego nie powinno być, w grupach terapeutycznych po tej stronie muru.

Przeszkody w grupach terapeutycznych funkcjonujących w izolacji

Poniżej opiszę kilka obszarów, zjawisk na grupie, które różnią grupy funkcjonujące w izolacji od grup terapeutycznych poza więzieniem.

Spostrzeżenia te są wynikiem wycinkowych obserwacji terapii w więziennictwie, nie mam poczucia, że mówię o sytuacji ogólnej.

MOTYWACJA ZEWNĘTRZNA DO LECZENIA. Po pierwsze, pacjenci którzy przyjeżdżają na terapię są równocześnie skazanymi. Będąc w terapii równocześnie z tyłu głowy mają poczucie, że są oceniani, a od oceny ich pracy w terapii może zależeć ich dobra lub zła opinia do warunkowego przedterminowego zwolnienia, do otrzymania przepustek, nagród. Są więc grzeczni, „dobrze pracują w terapii”. I chociaż terapeuci oddzielają te dwa obszary i starają się utwierdzać pacjentów w tym, że terapia sama w sobie jest wartością i trzeba pracować dla swojego trzeźwienia, a nie dla dobrej opinii, chociaż terapeuci zachęcają do otwarcia i szczerości – to jednak pacjenci/skazani „wiedzą lepiej”. Często do końca nie wiadomo, czy to co mówi i pisze pacjent-skazany wynika z jego chęci zmiany i powiększającego się wglądu, czy z jego chęci otrzymania warunkowego zwolnienia, czy otrzymania dobrej opinii w aktach osobopoznawczych. Inaczej jest w terapii poza zakładem karnym, tam pacjent zgłasza się sam i płaci za terapię, nie może odnieść z niej innej korzyści – poza leczeniem.

ŻYCIE ODDZIAŁU CONTRA ŻYCIE W TERAPII. W terapii grupowej mamy do czynienia z podwójnym życiem, to znaczy życiem „na grupie”, gdzie pacjenci zakładają maskę, mówią często to, co myślą, że my oczekujemy żeby powiedzieli, oraz życiem „na oddziale” gdzie pomiędzy sobą są już bez maski, prezentują zachowania transparentnie pokazujące ich rzeczywiste postawy. Podwójne życie, oznacza w tej pracy nie podkulturę więzienną, ale fakt, że istnieje świat terapii i społeczności gdzie pacjenci są „jacyś” i świat po grupie, wieczorny, nocny, poranny, gdzie ci sami ludzie wchodzą w moim zdaniem o wiele silniejsze interakcje, związane z przebywaniem w jednym małym pomieszczeniu – celi, gdzie łączą ich i dzielą, spory i koalicje, długi i zależności, gdzie mówią sobie nawzajem o swoich rodzinach, partnerkach, interesach, są dla siebie ludzcy i nieludzcy. Tego świata często „na grupie” nie widzimy jawnie, choć można go wyczuć w spojrzeniach, w tym kto do kogo się nie odzywa, kto kogo popiera, chroni, konfrontuje, kogo nie ma na grupie i dlaczego.

W grupach wolnościowych również zdarzają się znajomości poza grupą i jest to wtedy materiał do analizy. Z założenia jednak kontakty poza grupą są odradzane, anonimowe osoby wchodzą na salę terapeu-

tyczną, a potem wychodzą i mieszają się z tłumem, nie kontaktując się, aż do następnego spotkania.

GŁĘBOKI POZIOM ZABURZEŃ PACJENTÓW. Kolejnym obszarem, który w moim odczuciu stanowi przeszkodę i różnicę jest osobowościowy wymiar populacji więziennej. Na chwilę pisania tego artykułu zadałem sobie trud i sprawdziłem, że prawie połowa z przebywających na Atlantis skazanych ma stwierdzoną w opiniach sądowo psychiatrycznych albo wprost osobowość dyssocjalną, albo określana jest ogólnie jako osobowość nieprawidłowa, są też lekkie upośledzenia i borderline. Co to oznacza? To, że pacjent ten – w języku psychodynamicznym:

1) nie ma, albo ma bardzo słabe ego obserwujące, trudno jest mu o wgląd,

2) jest impulsywny (słaba kontrola impulsu), zatem niezdolny do odraczania gratyfikacji,

3) łatwo wchodzi w przeniesienie na grupie, bo łatwo przychodzi mu mylić świat wewnętrzny z zewnętrznym (jest w projekcjach zamiast testować rzeczywistość),

4) trudno mu uznać problem w sobie – widzi go w opresyjnym świecie zewnętrznym (często zło widzi w służbie więziennej, stąd duża ilość roszczeń i skarg, bez poczucia krytycyzmu egosyntoniczność objawu = ze mną jest w porządku, problem ma świat),

5) nie umie planować, nie uczy się na błędach,

6) niski poziom lęku, słabiutkie superego, brak uwewnętrznionego rodzica, norm.

Na koniec warto wspomnieć, że wiele osób jest w terapii na siłę, wbrew swojej woli, skierowana przez sąd, czyli wchodzi tu ludzie z poczuciem opresji i przymusu.

To oczywiście ostro zarysowany obraz, z reguły cechy te są częściowe, ale jednak populacja, która ma być poddana leczeniu jest z punktu widzenia „materiału na terapię” – bardzo trudna. Ktoś kiedyś powiedział, że pacjent powinien być na tyle chory, żeby cierpieć i mieć motywację do leczenia (bo chce się pozbyć cierpienia) i równocześnie na tyle zdrowy, żeby móc przyjąć pomoc (osoby bardziej zaburzone, nie są w stanie przyjąć pomocy, bo omnipotentnie ją odrzucają – ja „nie potrzebuję”). Skazani przychodzący na leczenie uzależnień, są zbyt zaburzeni w aspekcie osobowości żeby móc dobrze korzystać z grupy. Kryterium kwalifikowania do terapii więziennej jest diagno-

za uzależnienia i odpowiednio długi wyrok. Nie bierze się pod uwagę deficytów osobowościowych. Inaczej jest w grupach wolnościowych. Przed terapią prowadzi się dobór pacjentów. Robi się tzw. kwalifikację polegającą na rozmowie (min. jednej) diagnostycznej, żeby wyłowić tylko tych pacjentów którzy są w stanie odnieść korzyść z grupy, reszcie proponuje się inne formy pomocy.

JEDNORODNOŚĆ LUB ZRÓŻNICOWANIE. Kolejnym istotnym elementem grup terapeutycznym w izolacji, który bardzo wpływa na charakter pracy, jest homogeniczność, to znaczy jednorodność tych grup pod względem płci, problemu alkoholowego, historii karalności, często też pacjenci są nawet w podobnym wieku i mają ukształtowane podobne oczekiwania, co do leczenia, tj. wyobrażenie co tu ma się zdarzyć. Wiedzą co będzie od absolwentów którzy są rozsiani po zakładach karnych i instruuja kolegów jak tu funkcjonować.

Jednorodność jest obca podejściom niedyrektywnym które znam. Grupy oparte na analizie procesu, są heteronomiczne. Zróżnicowane co do płci (połowa mężczyzn połowa kobiet), co do typu zaburzeń/objawów/problemu, co do poziomu rozwojowego, co do wieku, statusu społecznego. Dzięki temu zróżnicowaniu pojawia się dużo spojrzeń – ktoś starszy, doświadczony, może dać perspektywę młodemu, ktoś kto jest matką i kłóci się z córką, może zrozumieć problemy córki (bo słyszy wyznania młodszej współpacjentki). Homogeniczność zubaża.

DWÓCH CZY JEDEN TERAPEUTA. W terapii więziennej prawdopodobnie praktykowane są różne modele pracy z grupą pod kątem prowadzenia spotkania. W tej chwili, mam okazję widzieć pracę jednego terapeuty z grupą, ale wiem, że są oddziały gdzie z grupą pracuje dwie osoby jednocześnie. Poza więzieniem ja osobiście pracuję w koterapii z koleżanką. Praca w parze w moim odczuciu stwarza na grupie zupełnie inną sytuację, jeżeli jest to jeszcze para – kobieta i mężczyzna, pozwala to dość szybko stworzyć u pacjentów przeniesienie do widzenia terapeutów jako pary rodzicielskiej. Wobec terapeuty mężczyzny zaczynają się pojawiać odniesienia jak do ojca, a wobec terapeutki, jak do matki. Wszyscy wiemy, że jesteśmy tu i teraz, ale jednocześnie zapamiętane wzorce uczuciowe są tak silne, że wobec nas – terapeutów zaczynają się pojawiać zachowania, odniesienia uczuciowe z dzieciństwa pacjentów. Dzięki czynnikowi terapeutycznemu odegrania/przeniesienia, istnieje realna możliwość analizy przeszłości pacjenta,

po jego nieadekwatnych, przeniesieniowych reakcjach wobec pary terapeutów.

DYREKTYWNOŚĆ CONTRA NIEDYREKTYWNOŚĆ. Terapia uzależnień w grupach prowadzonych w izolacji jest jak mówiłem dyrektywna. Istnieje stworzony program terapeutyczny oddziału, a populacja skazanych jest przez ten program przeprowadzana punkt po punkcie, tydzień po tygodniu. Czytane są prace i pacjenci uzyskują informacje zwrotne. Pomimo prowadzonej diagnozy z której powinien teoretycznie wynikać obszar problemowy i kierunek działania, realnie kierunek oddziaływań jest wskazany i podobny w swoim schemacie – a więc na celowniku jest problem alkoholowy. Mile widziane byłoby, gdyby pacjent uznał uzależnienie, zrozumiał w jakiej jest jego fazie, zobaczył się w objawach, a następnie poznał konstruktywne metody poradzenia sobie. Z grubsza, wiadomo co się ma zdarzyć.

Grupa niedyrektywna jest zupełnie inna. Terapeuta nie ma założenia co będzie się z pacjentem na terapii dziać. Terapeuta nie ma pomysłu w jakim kierunku ma na wejściu z pacjentem iść. Terapeuta nie zna odpowiedzi – ale ma znać pytania i kierunkowskazy co robić na grupie, żeby odkryć obszar problemowy i się nim zająć. W grupie niedyrektywnej w zasadzie nawet nie trzeba pytać, pacjent nie wypełnia kwestionariuszy, nie ma rozmów diagnostycznych, wywiadów faktograficznych, pacjent nawet nie musi mówić z czym przyszedł (choć to akurat się robi z innych względów). Prędzej czy później brak struktury, brak kierowania – zmusi pacjenta do narzucenia nam swojej struktury. Brak wskazówek sam wyłoni kierunki pacjenta. Im mniej dyrektywności, tym szybciej pacjent na oczach grupy pokaże swoją patologię, będzie „jakiś”, będzie sobą, a przecież to bycie „jakimś” go właśnie doprowadziło do objawów lub klęsk w relacjach poza grupą. Kierując grupą, narzucając rytuał, schemat pracy – nie dowiemy się tego „jakimś” pacjenta, bo dostosowuje się on do narzuconego modelu pracy.

CEL PIERWOTNY, A CEL WTÓRNY TERAPII. Pacjent w warunkach wolnościowych przychodzi na terapię z cierpieniem, z którym ma nadzieję sobie poradzić. Z reguły są to problemy w relacjach, których natury nie rozumie, ale obserwuje fatalny przebieg kolejnych bliskich związków, zwolnień z pracy. Części z osób towarzyszą też jakieś objawy nerwicowe, które to cierpienie przywiodło ich na grupę. Uczestnicy chcą przekroczyć ten swój „problem” i to nazywamy celem pierwotnym.

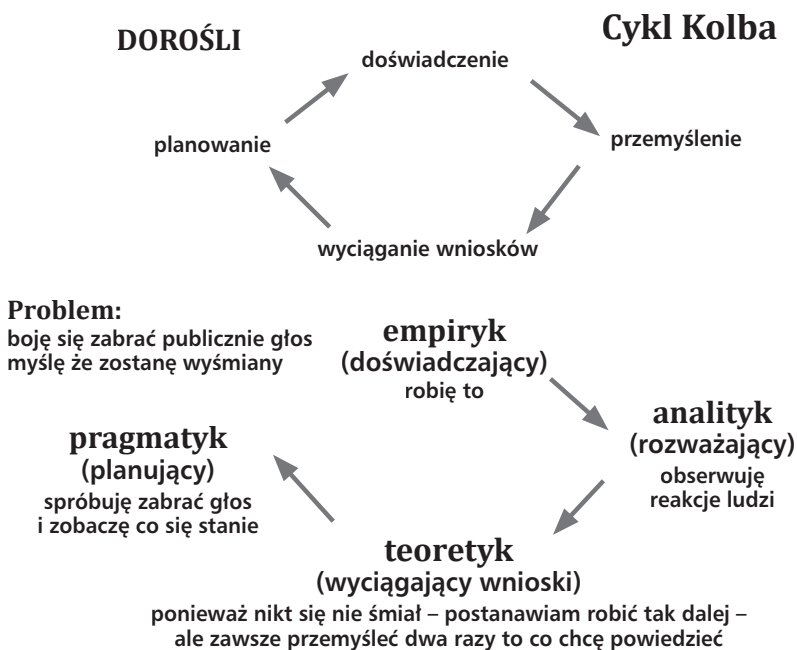
Z czasem jednak dzieje się tak, że uczestnicy odchodzą od tego celu i jak w życiu zaczynają postępować zgodnie ze swoją „chorobą”. Zamiast zająć się badaniem swojej sytuacji, pacjent taki zaczyna szukać w grupie wtórnych korzyści, albo zaczyna tu szukać przyjaźni, albo zaczyna kokietować, albo zaczyna wycinać innych mężczyzn żeby zdobyć kobiety, albo zaczyna w grupie być mędrce i drugim terapeutą etc. To powolne odchodzenie od celu leczenia jest niedobre, pacjentowi coraz mniej zaczyna zależeć na terapii np. na pokazaniu siebie słabego, bo przecież już wypracował swój obraz w grupie jako kompetentnego i zaradnego. Albo toczy się już wojna o kobiety lub mężczyzn, więc trudno w tej sytuacji pokazać swoje minusy, bo przegra się w tej rywalizacji.

Z jednej strony pójście za celem wtórnym jest złe, bo odciąga od podstawowego celu leczenia. Ale z drugiej strony odejście od celu pierwotnego i zajęcie się benefitami z grupy – dostrzeżone i zanalizowane – stanowi dla pacjenta duże dobro i może pomóc mu w odkryciu powielanego skryptu który w swojej końcowej postaci doprowadzał go nieodmiennie do katastrofy w związkach. Jak pisał o grupach opartych o analizę procesu Yalom (2006 str. 141) – *„chcemy podążać nie wokół przeszkód, ale poprzez nie. Pojawiające się przeszkody (brak zaufania do grupy, nuda, wycofanie się pacjenta, stawianie grupie zbyt dużych wymagań, ciągła nieśmiałość, kokieteria, złość, lęki, intelektualizacje) witamy naprawdę otwarcie i w pewnym sensie oczekujemy ich, ponieważ mamy nadzieję, że poznawszy charakter porażki jaką pacjent ma w grupie, zidentyfikujemy i ostatecznie rozpoznamy szczególne opory każdego członka grupy przed bliskością – włączając w to styl oporu (np. obojętność, walka, odwracanie uwagi, pochłonięcie sobą, brak zaufania) i leżące u ich podłoża obawy przed bliskością (np. impulsywność, porzucenie, utrata indywidualności, podatność na zranienia)”*.

Inna logika podejścia do celu wtórnego wydaje się istnieć w grupach prowadzonych według programu terapii, w grupach dyrektywnych. Chodzi tam bardziej o czytanie prac i uzyskanie informacji zwrotnych, albo o przyswojenie umiejętności czy wiedzy. Zatem celem pożądanym tutaj, jest uzyskanie dobrze i sprawnie działającej grupy, która generuje dużo trafnych zwrotów po przeczytanej pracy. Albo grupy, która „ładnie idzie w warsztacie”. Pojawiające się trudności (agresję, acting-outy, opór, intelektualizowanie etc) traktuje się jako coś w rodzaju przeszkody w terapii którą trzeba pokonać, jako błąd którego trzeba unikać. Gdy tymczasem w grupach analitycznych ten błąd – jest paliwem, na wagę złota materiałem dla terapii, najlepszą

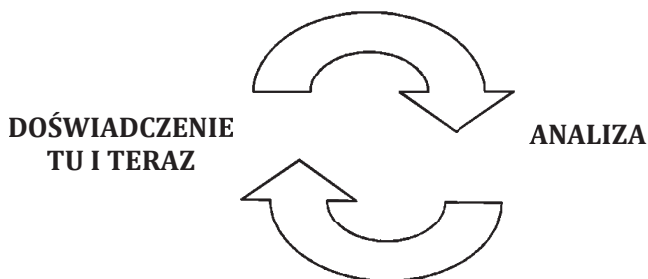
szansą do zrozumienia wiążącego pacjenta schematu wchodzenia w relacje. Można użyć analogii, że grupa analityczna to aikido – opór pacjenta jest wykorzystany dla terapii, a grupa dyrektywna to karate, opór jest przebijany i łamany.

PODEJŚCIE DO UCZENIA SIĘ. Dziecko uczy się relacji, zachowań interpersonalnych na samym początku poprzez naśladowanie, a potem modelowanie. Czyli w nieprzyzwoitym skrócie dziecko jest wpatrzone w osobę dla niego ważną (rodzic) i robi to co rodzic, chce być takie jak rodzic, przecenia swojego rodzica, jest bezkrytyczne wobec rodzica który jest idealny, naśladuje go. Dość szybko w dziecku (zgodnie z jego ludzką naturą) zaczyna ujawniać się jego najwyższy człowieczy potencjał czyli „rozumność”. Człowiek – zwierzę rozumne (św. Tomasz) - finalnie ma kierować się dobrze ukształtowanym prawym rozumem. I dziecko zaczyna stopniowo wyrastać z modelowania, dystansuje się do wzorów rodzicielskich, a jego uczenie się zaczyna dokonywać się w tzw. pętli autorefleksji, albo dla ludzi mających do czynienia ze szkoleniami, w tzw. cyklu Kolba.



Ty który(a) jesteś osobą dorosłą – bierzesz sprawy „na rozum” doświadczasz – rozważasz – wyciągasz wnioski – planujesz. Kierując się taką wizją człowieka, spotkania terapeutyczne również odwołują się do rozumności, poruszamy to co najdoskonalsze w człowieku i traktujemy dorosłych jak dorosłych. Na spotkaniach grup analitycznych nie odwołujemy się do modelowania, nie chcemy żeby nas naśladowano, nie chcemy imponować, przewodzić, prowadzić, nie chcemy mówić idź tam albo zrób to, bądź jakiś. Tak można i trzeba postępować wobec dzieci – one potrzebują wskazówek i wzoru, kar i nagród. Dla dorosłych takie traktowanie było by już tylko szkodzeniem.

Spotkania grup analitycznych polegają więc w najgrubszym tłumaczeniu na „doświadczeniu” i „analizowaniu”.



Inna wydaje się logika grup dyrektywnych dla uzależnionych. W programach terapii „przerabia” się przewidziane programem treści, wspiera się to co sprzyja trzeźwieniu, wygasza to co skłania ku zachowaniom nałogowym. Wskazuje się dobry kierunek, ostrzega przed zagrożeniami, uczy się co robić, a czego nie robić. Pokazuje się za wzór trzeźwiejących alkoholików, tych którym się udało. Wystarczy tu po prostu naśladować dobry kierunek i być jak znaczący dorosły. Czy to nie przypomina procesu uczenia się dzieci?

MÓWIENIE O SOBIE. ODSŁONIĘCIE. Prostota jest cechą doskonałości. Mamy zwyczaj nie doceniać prostych rzeczy, a przypisywać moc bardziej złożonym, bardziej widocznym „technikom” terapii. Heroizm w „technikach” osiągnęło oczywiście podejście behawioralno poznawcze. Mówienie o sobie to rzecz prosta, banalna. Zastanawiam się, czy ktoś jest w stanie zbadać jak ten prosty czynnik jest istotny dla leczenia. Jest zwykły i szary. A jednak ... w ankietach dokonywanych po terapii: „Zdolność mówienia o tym, co mnie dręczy, zamiast duszenia

w sobie”, „Nauczenie się wyrażania uczuć” oraz „Wyrażanie negatywnych lub pozytywnych uczuć wobec innego członka grupy” to w ocenie badanych pacjentów którzy zakończyli już leczenie w grupach terapeutycznych czynnik o wysokim znaczeniu. Otwarcie się – leczy. Tak po prostu. Otwierający się ryzykuje i odnosi korzyść, słuchający daje pole dla otwierającego, daje swój czas i też zyskuje. Powszechne doświadczenie osób słuchających to doświadczenie: „*Witaj w świecie ludzi*” Słuchający z coraz większymi oczami zaczyna pojmować że nie tylko on cierpi, nie tylko on nie wie - inni też tak mają. I mówiący i słuchający – wygrywa.

Osoby, którym nie udaje się odsłonić w relacji, na ogół tracą sposobność uzyskania trafnych informacji zdrowotnych. Nie zaryzykujesz = nie dowiesz się. Poza tym nie-odsłanianie się uniemożliwia pogłębienie relacji; bo jeżeli ktoś się otwiera a Ty nie, to ten drugi albo zaniecha dalszego odsłaniania się, albo też całkowicie zerwie relację. Jak w życiu. Tak więc osoby na grupie nie-mówiące, tracą cenną okazję do uzyskania informacji i w dłuższej perspektywie same wybijają się na orbitę grupy, dziwiąc się potem że na tej orbicie tkwią, obwiniając o to grupę, świat, terapeutów.

Członkowie grupy, którzy się nie odsłaniają, mają małe szanse na uzyskanie prawdziwej akceptacji innych członków, a w rezultacie niewielką możliwość doświadczenia wzrostu samooceny. Poza tym, jeżeli dany uczestnik grupy ciągle od początku jest „w masce”, pokazuje ciągle tylko „dobre” albo „bezpieczne” strony siebie, to jest akceptowany tylko na podstawie fałszywego (bo niepełnego) obrazu. On to wie, wie że udaje, więc nie następuje u niego żadne trwałe wzmocnienie jego samooceny, mało tego on ma głęboko poczucie oszukiwania więc samoocena pogarsza się. I w końcu, długie nie – odsłanianie się powoduje dużą blokadę, lęk i obawę przed ryzykiem jak będę przyjęty jak w końcu pokażę prawdę o sobie, mogę utracić tą resztkę kruchej akceptacji, uzyskanej za sprawą fałszywej autoprezentacji.

Przeszkody w odsłonięciu siebie będą hamować pracę zarówno poszczególnych członków, jak i całych grup. Jak ktoś nie ośmiela się ujawnić grupie swoich tajemnic, to musi ukrywać nie tylko sekret, ale także wszystkie możliwe drogi prowadzące do niego. A więc na grupie siedzi kontrolująca i zablokowana, blokuje innych.

Sytuacja maski, zablokowania sprawia, że nie dochodzi do poznania jakiego rodzaju wrażenie wywieram na innych – bo oszukuję. Nie

usłyszę szczerych wypowiedzi innych członków grupy na temat tego co o mnie myślą.

Odsłaniając się – jestem widziany. Dziecko może się rozwijać jeżeli widzi że jest widziane, słuchane, jest ważne, zauważone. Dziecko „nie widziane” umiera – choroba sieroca. Ot, świat ludzi. Matka patrzy na dziecko – dziecko widzi siebie w jej oczach, może wzrastać. Grupa patrzy na swoich uczestników – dzięki temu mogą się oni rozwijać i rosnać. Jeden z niekwestionowanych autorytetów terapeutów w terapii analitycznej – Winnicott ściśle łączy osiągnięcie integracji wewnętrznej z doświadczeniem, że ktoś widzi i rozumie, że ja istnieję. To przekonanie że jestem widziany – powstaje w dziecku (pacjencie), jeśli widzi w twarzy drugiej osoby dowód na to, że mnie rozpoznała jako „kogoś”. Wiele dzieci nie ma takich matek ... patrzą i nie widzą siebie w ich oczach. Wielu z nas było w rodzinach w których nie mogliśmy się przejrzeć, bo nikt nie był realnie zainteresowany nami. Pominięcie mnie, zamyka drogę do zobaczenia siebie w oczach bliskich, zamyka drogę do postrzegania siebie jako „kogoś”. Grupa odwraca ten proces. Pominięcie dokonało się w relacji z bliskim, a zauważenie dokona się w relacji w grupie. Pacjent zaczyna widzieć siebie – istnieć.

W grupach więziennych jest moim zdaniem duży problem z odsłonięciem. Odsłonięcie, jak pisałem na wstępie może być zagrażające. Jak odsłonię złość do terapeuty albo współwięźnia – spotkać mnie mogą restrykcje (tak myślą pacjenci). Terapeuta to funkcjonariusz – to nie „nasz”. My i oni. Poza tym, jak się odsłonię, pokażę słabość, albo ustosunkuje się prawdziwie do kogoś na grupie, to muszę pamiętać, że zaraz tego kogoś spotkam na korytarzu albo, być może jeszcze dziś będzie to mój sąsiad w celi. Odsłonięcie na grupie u pacjenta – wymaga dużych kalkulacji. Zaryzykuję hipotezę, że wynikiem tej kalkulacji jest ostatecznie założona maska i brak prawdziwych odsłonieć na grupie.

ODEGRANIE (POWTÓRZENIE). Każdy z uczestników grupy, ma już za sobą co najmniej 18 lat życia. To 18 lat pracy pamięci. W oddziale terapeutycznym w AŚ Mokotów są recydywiści, zatem mają za sobą z reguły ponad 30, 40 lat. Mamy tu pamięć nie tylko wydarzeń, ale też pamięć emocji, pamięć tego jak byłem traktowany. Człowiek wchodząc w relacje z innymi, a szczególnie z rodzicami inwestuje dużo energii w tą relację i bardzo ją zapamiętuje.

W grupie analitycznej mamy układ osób trochę podobny do rodziny, terapeuci kobieta i mężczyzna – rodzice, pacjenci – dzieci. To

oczywiście grubymi nićmi szyte podobieństwo, ale taka pożywka dla wyobraźni i pamięci – wystarczy. Grupa (i głównie grupa! nie ma tego tak widocznego w terapii indywidualnej) powoduje, że na spotkaniu uczestnik zaczyna odgrywać swoje relacje z domu rodzinnego – nazywamy to odwzorowaniem, odegraniem. Ofiara zaczyna w grupie być kozłem ofiarnym, maskotka maskotką – mówi na grupie dowcipy w chwilach napięcia, dziecko będące zwornikiem małżeństwa rodziców staje się ratownikiem grupowym, osoba która odrzuciła rodziców jako autorytety na grupie odrzuca terapeutów i metodę ... ect.

Historia lubi się powtarzać („przymus powtarzania”), zjawisko odwzorowania, to absolutnie rewelacja na grupie terapeutycznej. Rzadko kiedy odwzorowanie, które się odgrywa na grupie jeżeli w porę zostanie zauważone i zinterpretowane – jest nietrafne i nie dotyczy wczesnych, zapomnianych doświadczeń. Gdy odwzorowanie jest zanegowane przez uczestnika grupy, my terapeuci zachowujemy je w pamięci, ponieważ należy podejrzewać, że „to co się odegrało” jest pewniejsze niż „to co pacjent pamięta”. Poprzez odegranie się i prawidłowe odczytanie zjawiska odwzorowania możesz zobaczyć co przeżywałeś(aś) jako dziecko i w jakim schemacie funkcjonujesz obecnie. Grupa jest więc najlepszym miejscem do „zobaczenia” Twojej rodziny i Twojej emocjonalnej sytuacji z wczesnego dzieciństwa. Po Twoim zachowaniu w grupie bardziej, niż po tym co pamiętasz i mówisz, możemy poznać jakie relacje miałeś(aś) w rodzinie.

Kiedy u pacjentów uruchamiają się ślady pamięciowe z przeszłości, zaczynają czuć uczucia i według nich działać. Zaczynają się odnosić do grupy i terapeutów tak, jakby było 20, 30, 40 lat wcześniej. Nazywamy to przeniesieniem. Jakby w jednym miejscu były dwa czasy, to nie są żadne cuda, tylko własność natury człowieka który jako byt cielesno-psychiczno-duchowy jest związany czasem, ale nie do końca. Tylko zwierzęta muszą być w „tu i teraz”. My możemy być uczuciowo w „tu i teraz” (spotkanie grupy), ale jednocześnie w „tam i wtedy” (dom rodzinny, wczesne dzieciństwo). I właśnie na grupie widzimy fantastycznie tą dwuczasowość. Wiem że nazywam się Kowalski i siedzę na krześle na terapii, ale jednocześnie terapeuta budzi moją taką wściekłość, że najchętniej bym go rozszarpał – jak kiedyś ojca!

W grupach dyrektywnych w zakładzie karnym, gdzie trudno o szczere odsłonięcie, zachowanie tajemnicy, gdzie jest „rutyna kółeczka” w którym mówi się informacje zwrotne, o wiele trudniej o żywe, spontaniczne interakcje pomiędzy członkami grupy. Jest też

jeden terapeuta, a nie dwu-płciowa para terapeutów, przypominająca rodziców. Trudniej więc o wywołanie przeniesienia wobec rodziców. Odegranie zapisanych w emocjach historii, nie może się przebić przez strukturę spotkania.

KONTENEROWANIE I HOLDING (TRZYMANIE). Przechodzę do zagadnień trudniejszych. Do spraw których nie ma w wiedzy potocznej, które są doświadczeniem psychoterapeutów jako osób na co dzień będących w kontakcie z pacjentami. To procesy nieświadomym na grupie. Spróbuję opisać co się dzieje w grupie z umysłem pacjenta w analogii do umysłu dziecka.

Po pierwsze wyobraźmy sobie świat dziecka, o tym świecie wiemy z badań nad dziećmi ale też z tego co mówią bardzo chorzy psychicznie ludzie, którzy są cofnięci (regresja) do umysłowości dziecka. Wyobraźmy sobie teraz, że dziecko zaczyna być głodne. Zaczyna się prężyć, popiskiwać ... i zjawia się butelka z mlekiem (lub oczywiście lepiej – mam nadzieję że jeszcze nie doszliśmy do etapu kiedy będzie to uznane za dyskryminację – pierś matki). Prawdopodobnie takie częste doświadczenia dziecka (częste bo dotyczą wszystkiego – karmienie, przewijanie, przytulanie, kołysanie, wypróżnianie ect) tworzy w dziecku złudzenie, że niemowlę stworzyło pierś, która została mu dana we właściwym momencie. Jako wyrafinowani filozofowie/psycholodzy obserwatorzy wiemy, że dziecko nic nie stworzyło i że pierś już tam była, ale matka przez swe dostosowanie się do potrzeb dziecka potrafi pozwolić dziecku na tę iluzję. Matka czuwa, troskliwie nasłuchuje i zaspokaja dziecko.

Taka troskliwa opieka, wytwarza w dziecku w ten sposób poprzez troskę i dostrojenie do jego potrzeb – wiarę, że można znaleźć obiekt pożądania. Dziecko żyje mentalnie w iluzji i omnipotencji – stwarza, ma co chce. Matka teraz jest gotowa (instynkt), by umożliwić zajście procesu urealnienia. Matka urealnia dziecko, dostosowując się stopniowo w sposób coraz mniej pełny, zgodnie z rosnącą zdolnością dziecka, by sobie radzić samemu z błędami. Dziecko musi już poczekać na jedzenie, musi postarać się wytrzymać. Hipoteza – dla dojrzałości potrzebny jest ten czas iluzji i nabycie podstawowej wiary w świat który zaspokaja i również ten czas powolnego urealnienia („schodzenia na ziemię”). Jedno i drugie, powoli, a nie nagle.

Podobnie do matki działa grupa, troszczy się o uczestników, chroni ich na początku, a z czasem urealnia, konfrontuje, w końcu stawia

granice. Grupa w swoim założeniu jest korektywnym doświadczeniem troskliwej matki, a przynajmniej powinna taka być. Dorosły człowiek na poziomie nieświadomym, przechodzi w grupie proces którego być może nie przeszedł jako dziecko, kiedy był nie przyjęty, lub zbyt szybko urealniony, np. poprzez nieobecną matkę, albo matkę zaburzoną która była ciałem, ale nie dawała uwagi zajęta swoimi objawami.

Po drugie niemowlę ma wrażenia z zewnątrz i wewnątrz i nie może ich zrozumieć, ogarnąć, to co może to wykrzyzczyć je, wyrzucić, jakoś zadziałać. W obliczu lęku, silnej potrzeby, czegokolwiek z zewnątrz lub wewnątrz – dzieci po prostu instynktownie działają. Dziecko przeżywa surowe impulsy (głodu, złości, frustracji, odczucia zimna, potrzeby opieki, nienawiści) ale są one właśnie totalne, surowe. Pacjenci na grupie również nie rozumieją siebie i wyrzucają te swoje niezrozumiałe fragmenty, wykrzykują je, złością się, odrzucają, są często w pretensjach do terapeutów. Dziecko wyrzuca emocje z siebie do osoby opiekuna. Dobry opiekun-Matka pomieszcza je w sobie i reaguje adekwatnie – karmi, otula, uspokaja, nazywa odczucia dziecka – np. „no już się nie bój”, „nie bój się, to nie potwór na ścianie tylko cień drzewa”. Dziecko przyjmuje te komentarze matki do siebie, jakby buduje siebie z tych matczyńskich reakcji. „To ja taki jestem” – jakby buduje z reakcji i komentarzy matki swoją tożsamość. Między matką i dzieckiem jest więc wymiana, komunikacja. Podobnie między uczestnikiem grupy i grupą istnieje taka wymiana. Są chwile kiedy grupa wyraźnie czuje ból pacjenta który się odsłania, jego rozpacz, smutek. Uwaga – to teoretyczne założenie psychoanalizy, że między ludźmi może istnieć takie wzajemne czucie siebie, taka zdolność do odczuwania siebie (identyfikacja projekcyjna). Do przekazywania sobie odczuć. Na pewno każdy z nas miał jednak takie doświadczenie czucia kogoś, tego co drugi miał w środku. Zakładamy że między matką a dzieckiem (grupą i każdym jej uczestnikiem i terapeutami) istnieje szczególna więź, szczególne czucie. Grupa jak dobra matka pozwala by pacjent doświadczał wewnętrznego i zewnętrznego świata. Grupa milczy i słucha bolesnych odsłonień uczestników. Na grupie naprawdę jesteśmy słuchani. Szaleństwo uczestników jest tu pomieszczone, wypowiedziane jest przyjęte.

Po co piszę o tej szczególnej relacji matka dziecko, jak dziecko żyje w iluzji którą matka najpierw podtrzymuje, a potem urealniamy, o wyrzucaniu „do” matki swoich nierozumnych przeżyć przez dziecko i o

oddawaniu dziecku już przerobionych przez rozum matki informacji? Ponieważ – i to jest założenie terapii grupowej i powtórzę to po raz kolejny – grupa działa wobec pacjenta na poziomie nieświadomym podobnie do matki. Grupa przyjmuje wyrzucane przez pacjenta jego pofragmentowane, niezrozumiałe uczuciowe kawałki, nazywa je, pomieszcza. Dzięki tej bliskiej relacji matka-dziecko (grupa-uczestnik, terapeuta-pacjent) może się dokonać przejęcie przez pacjenta rozumnej kontroli nad swoimi emocjami. Pacjent obejmuje prawowitą władzę nad sobą, czyli – leczy się, dojrzewa. Ludzie są nam potrzebni, dla stania się w pełni człowiekiem (nie co do godności – ale poziomu rozwoju).

Poza daniem iluzji i urealnieniem(1), wyrzuceniem uczuć i ich pomieszczeniem i przyjęciem(2), matka nazywa świat dziecka(3). Dzięki nazwaniu dziecko ogarnia swoją uczuciowość rozumem. Mówi się tu technicznie, że dziecko wyrzuca z siebie sfragmentowane, surowe, uczuciowe elementy beta, a przyjmuje w siebie niosące znaczenie, rozumne, przetworzone przez matkę (grupę) elementy alfa (myśl ta pojawiła się pierwszy raz u Biona). Matka opowiada dziecku co się z nim dzieje, opowiada świat. To dzięki rodzicowi dziecko może przyjąć rozumność. To dzięki grupie pacjent obejmie kontrolę nad swoją do tej pory nie nazwaną, nieokreśloną uczuciowością.

Grupa i terapeuci wobec pacjenta jest jak matka wobec dziecka. W grupie razem kontenerujemy szaleństwo pacjenta które on ujawnia, wypowiada. Następuje zamiana surowych elementów beta, w przyjęte i nazwane przez grupę elementy alfa. Grupa potrafi utrzymać i pomieścić w sobie surowe uczucia wielu pacjentów, potrafi je rozpoznać, nazwać i nie odrzucić, wytrzymać. Przez to grupa pozwala pacjentowi zrobić to, co nie dokonało się w dzieciństwie – ogarnąć rozumem swoją emocjonalność. Podobnie jak matka, grupa uważnie słucha, nie przekracza granic pacjenta, jest dyskretna, spotyka się stale, w tym samym pokoju, o tej samej porze, w miarę w tym samym składzie. To daje bezpieczeństwo i pozwala na rozwój.

I jeszcze na koniec o uczuciowym znaczeniu kręgu. Ja i nie-ja. Kiedy matka otacza dziecko rękami, otula je, to prawdopodobnie (możemy się tego domyśleć) dziecko przeżywa wtedy doświadczenie „My” a nie „Ja”. Bliskość a potem urealnienie powoduje przejście z doświadczenia My (fuzja, zlanie się osób) do doświadczenia Ja. Ja jestem sobą – Ty jesteś sobą. Ja to nie Ty, Ty to nie Ja. Psychotycy na przykład nie mieli

stale tego doświadczenia bezpiecznego stałego bycia blisko matki (znaczącego dorosłego). Psychotycy pozostali na poziomie doświadczenia My, gubią granicę między Ja a Ty (My, świat). Podstawowym ich sposobem doświadczenia świata jest mylenie Ja z nie-Ja. Mylą wewnątrz z zewnątrz. To co mają wewnątrz (np. lęk) widzą na zewnątrz w postaci omamów. Swoje lękowe oczekiwanie napaści widzą w oczach drugiego któremu przypiszą wrogość do siebie (projekcja). W kontakcie z drugim nakładają na niego wewnętrzne przeniesione uczucia które rozpoznają jako realny zewnętrzny świat.

Grupa tworząc krąg oddziela wewnątrz od zewnątrz (! fenomen). Członkowie grupy która dobrze funkcjonuje – przychodzą w miarę wszyscy, stale – emocjonalnie czują wyraźnie tą granicę. Członkowie grupy silnie przeżywają nieobecności i spóźnienia, które jakby rozrywają to doświadczenie stałej bezpiecznej granicy. Krąg grupy jest jakby błoną komórki. Prawdopodobnie krąg i stała obecność uczestników grupy utrwała w uczestnikach umiejętność oddzielania tego co na zewnątrz od tego co wewnątrz. Tego co grupowe, objęte tajemnicą, wspólne, od tego co na zewnątrz. Kontakty poza grupowe, układy, podgrupy, nieobecności, spóźnienia - jakoś rozrzedzają to doświadczenie. Zmniejszają potencjał leczący grupy, stąd naleganie terapeutów w grupach opartych na procesie na systematykę i nie opuszczanie spotkań.

Pytanie które teraz boję się zadać jest takie, czy grupa więziona również odtwarza w/w mechanizmy? Czy grupa w więzieniu jest analogią troskliwej matki? Czy można tu (jest na to czas i przestrzeń) wyrzucać z siebie szczerze trudne niezintegrowane kawałki agresywne, depresyjne, traumy? Czy jest tu doświadczenie stałości, oddzielenie Ja nie ja? Czy jest tu miejsce i czas na układanie w całość poszarpanej narracji pacjenta, nazywania tego co nienazwane, sfragmentowane? Kto tu konteneruje, kto trzyma (holding)?

PROCES GRUPOWY – CZYLI O TYM CO POD POWIERZCHNIĄ DIALOGÓW. Proces grupowy jest zjawiskiem nieświadomym. Dialogi między pacjentami na grupie niedyrektywnej, odbywają się co najmniej na dwóch poziomach. Pierwszy poziom dialogu, nazwę go roboczo faktograficznym, to historie opowiadane przez pacjentów. O rodzinie, o przeszłości, o trudnościach, ect. W tej warstwie odbywają się świadome dialogi, komentarze, monologi, dyskusje. Tutaj dajemy sobie rady, mówimy o przekonaniach, o wszystkim tym co już jakoś usym-

bolizowane w naszej głowie, o czymś z intelektu w tym sensie, że już to jakoś zrozumieliśmy, ogarnęliśmy choć nadal może boleć. Nie jest to najciekawszy aspekt terapii.

Pod powierzchnią dialogów faktograficznych toczy się drugie bujne życie grupy – roboczo można je nazwać mową równoległą. Jak pisał ponad sto lat temu Gustaw Le Bon *„jednostki które potrafiły wytworzyć tłum, posiadają coś w rodzaju duszy zbiorowej. Dusza ta każe im inaczej myśleć działać i czuć, aniżeli działała, myślała i czuła każda jednostka z osobna”* [Le Bon, Psychologia tłumu, księga 1, rozdz. 1]. Idea ta podjęta potem przez analityków grupowych (Foulkes, Bion) potwierdza się w doświadczeniu. Grupa (nie tylko terapeutyczna) regresuje swoich uczestników. To znaczy ludzie cofają się o krok wstecz w rozwoju, panowaniu nad sobą, kontroli, możliwości ujmowania emocji w słowa. Regresja i „dusza zbiorowa” – czyli jakaś własność rasy ludzkiej (a na pewno zwierzęcej) polegająca na tym, że grupa działa jak jeden organizm będąc równocześnie odrębnymi bytami – są czynnikami tworzącymi „życie pod powierzchnią”.

Dialogi które odbywają się pod warstwą faktograficzną są dla grupy nieświadome, oni będąc w tym, w trakcie mówienia nie widzą tego. Widać je natomiast z boku. Widać czy słychać, to nieadekwatne określenia do tego rodzaju percepcji. Jest ona intuicyjna, ale nie jest fantazją, ponieważ dwóch terapeutów często równocześnie ją tak samo dobieira, a czytając scenogramy spotkań wiele osób z zewnątrz potrafi trafnie odczytać – o czym tak naprawdę grupa mówi i co przeżywa. W samej grupie praca terapeuty polega między innymi na nazywaniu tego co się dzieje pod powierzchnią. Po takiej interpretacji ludzie są zaskoczeni, jakby spada napięcie, często jest tak że po interpretacji grupa robi znaczący krok dalej. Jakby przeżywali jakiś wewnętrzny konflikt, np. czują złość do terapeuty ale boja się ją wyrazić, to blokuje dalszą część spotkania, grupa boksuje jak samochód w zaspie. Po trafnej interpretacji rusza dalej.

Jakim językiem rozmawia się pod powierzchnią? Nieświadoma narracja grupy nie odbywa się słowami, ale obrazami, skojarzeniami, tonem głosu, czy tym kiedy i do kogo kto mówi. W mowie równoległej kolejne kroki tematy nie muszą wynikać z siebie. Obrazy które grupa są często sprzeczne, nielogiczne, przesadne. To co terapeuta słucha swoim uchem z tyłu głowy, raczej przypomina oglądanie snu grupy w którym to śnie, wszyscy razem przez 2 godziny spotkania uczestniczą. Gdyby chciał jakoś opisać charakter tych treści które generuje

grupa we wspólnej narracji, to można powiedzieć że są jednocześnie bogate, uderzające, głębokie, pierwotne i proste to znaczy uchwytne całościowo i jednocześnie – intuicyjnie.

O czym mówi grupa pod powierzchnią faktów? Mówi o swoich aktualnych głębokich przeżyciach, czyli albo o tym czego chce, albo o tym czego się boi. Na pierwszych spotkaniach, grupa generuje w moim równoległym problemy zależności. Poprzez zależność członkowie grupy próbują poradzić sobie z dużym lękiem. Przy czym nie mówię tu o płytkim lęku społecznym przed odezwaniami się, ale o wynikających z regresji grupowej wychodzących z odległej pamięci lękach paranoidalnych. Ujawniają się fantazje o Kimś kto uratuje grupę, każdego z osobna. O Kimś kto ma moc, jest omnipotentny, kto tu w grupie nakarmi, ocali, podniesie, ochroni, jest mądry, stabilny. Na początku takimi fantazjami otoczeni są terapeuci, jako wiedzący, kompetentni, żyjący pełnią życia, od których wystarczy czerpać garściami. Terapeuta staje się całkowicie dobrym obiektem, źródłem opieki, wiedzy i nadziei na zmianę. Grupa zaczyna (jak niemowlę) kształtować swoją tożsamość – tzn. chce być „jakaś” np. szuka podobieństw między poszczególnymi członkami, wszyscy są dla siebie mili, często grupa wysuwa do przodu jednego członka który mówi o swoim problemie, a potem wszyscy bacznie obserwują reakcję terapeutów – czy ten problem zostanie załatwiony, uzdrowiony. To zjawisko „pacjenta identyfikowanego”, zawsze przypomina mi ono fakt z życia szczurów, które wysuwają jednego do zjedzenia podejrzanego pokarmu, jak przeżyje – reszta stada zabiera się do jedzenia.

Z czasem mija pierwszy lęk a stały setting i nieuśmiercony pacjent identyfikowany powodują, że nasze niemowlę-grupa nabiera rumieńców i zaczyna brykać. Nie chce być już zależne, nabiera siły, chce robić to co chce. Zbiega się to czasowo z rozczarowaniem terapeutami, którzy nie okazali się bogami. Zaczyna się czas walki z zależnością. Terapeuci z omnipotentnych zaczynają być postrzegani jako bezradni, a czasem (u osób bardziej zaburzonych) jako wrodzy, odmawiający pomocy, łasi tylko na pieniądze, żałośni, budzą uczucia złości. Na tym etapie są jednak za silni do bezpośredniego ataku, agresja obraca się więc przeciwko jednemu z członków grupy, bardziej milczącemu, jakoś innemu, odstającemu – kozioł ofiarny. Pacjent identyfikowany i kozioł ofiarny to kolejne sposoby budowania przez grupę swojej tożsamości – najpierw poprzez wspólnego wyraziciela, a potem wspólnego wroga. Grupa staje się dzięki temu określoną jednością.

Jak to w życiu, na chaos i degrengoladę potrzeba silnego tyra-
na i jasnego porządku. Grupa zaczyna zbierać siły do przejęcia władzy
i zaprowadzenia porządku na tej żałosnej terapii. Zaczynają się relacje
oparte na sile i autorytecie. Terapeutę należy skontrolować i zająć jego
miejsce. Zaczynają się pytania konfrontacyjne, podważanie zasad tera-
pii odpowiedź nigdy nie satysfakcjonuje grupy, jest bez znaczenia, bo
grupa chce kontroli nad terapeutą, a nie informacji. W grupie odczu-
wamy pasywną agresję, upór, zaczynają się spóźnienia, łamanie usta-
lonych zasad, pojawiają się komentarze o beznadziejności tej terapii,
jak ma pomóc gadanie itp. W warstwie faktograficznej słyszymy ka-
wałki o złych politykach, głupich i nierozgarniętych rodzicach, tępych
i nie wyczuwalnych przełożonych, brutalnych policjantach. Grupa idealizuje
poprzednie terapie, a deprecjonuje tą. Terapeuta jest oskarżany
o nieskuteczność, niekompetencję, złą wolę. Staje się złym obiektem
– jedynym co nas ratuje przed wciśnięciem w ziemię to świadomość, że
dzięki temu grupa staje się - w odniesieniu do naszej beznadziejności
– totalnie dobrym obiektem. To czego pod żadnym pozorem nie może-
my wtedy zrobić to nie możemy wejść w wyznaczoną nam przez grupę
rolę złego obiektu. Nie mamy odpowiedzieć odwetem na atak. Musimy
pozostać nadal przychylnymi i pomagającymi osobami. Stałość miłości
jest lekarstwem na szaleństwo agresywnych niszczących aspektów pa-
cjenta i grupy jako całości. W efekcie następuje „przetrawienie” agresji
wobec autorytetu. Terapeuta zostaje uwewnętrzniony jako, w sumie
nie idealny, ale pozytywny obiekt superego (koncepcja wystarczająco
dobrej matki – Winnicott). Grupa zaczyna identyfikować się z terapeu-
tami, normami tej terapii, uznaje je za pomocne i dobre.

Konfrontacja z autorytetem w którym on nie zginął, ale był stabil-
nie przychylny dodaje siły. Nie wiem po co w rozwoju trzeba przetesto-
wać miłość – ale najwyraźniej trzeba. W religii chrześcijańskiej Boga
też tak testowaliśmy i testujemy nadal. No i nie przeklął nas z krzyża.
Dobrzy rodzice (terapeuci) to tacy, których miłości do siebie i do
dziecka, nie jest to dziecko (pacjent, grupa) w stanie niczym zniszczyć.
Doświadczenie takiej miłości daje powód do życia. Przyszłość jest w
dobrych kolorach. Grupa staje się mocna, zwiększa się poziom otwar-
tości. Ten czas w grupie jest nazywany oczarowaniem. Takie oczarowanie
bywa widoczne w grupach nastolatków, czy kibiców. W jedności
siła, razem możemy zdziałać wszystko. To bardzo energobiorczy etap,
poza tym bycie stale i silnie blisko siebie uruchamia siły odśrodkowe
relacji. W końcu jesteśmy z natury osobnymi bytami, a nie zlanym fu-

zją atomami. Nikt nie chce się złać, utracić tożsamości. Nadchodzi więc ostatni etap rozwoju grupy – rozczarowanie grupą.

Grupa udepresyjnia się, zaczynają się ponowne spóźnienia, ale nie z konfrontacji tylko z beznadziei. Rozpad, wcześniejsze fantazje o sile grupy ustąpiły egzystencjalnemu doświadczeniu bycia osobnym, rzuconym na ziemię, jak to mówi Agnieszka Osiecka „bez niteczki choćby co by przytwierdzała nas do ziemi”. Wyobcowanie, pustka, brak nadziei, w terapii budzą fantazje o końcu grupy, o jej śmierci.

Cały ten proces jest analogią przechodzenia psychiczności w rozwoju małego dziecka od fazy schizoparanoidalnej do depresyjnej (teoria Klein). To co grupa przeżywa teraz, kiedyś każdy z nas przeżywał jako małe dziecko – choć nie mamy tego w pamięci, nie było to ujęte w słowa i myśli które można było zapamiętać. Było wtedy przeżyciem i teraz dzieje się pod powierzchnią, nieświadomie w pamięci uczuciowej. Właśnie dotarliśmy do koniecznej dla rozwoju - depresyjności. Życie to nie raj. Są możliwości pomocy – ale ograniczone, jest nadzieja – ale nie ma omnipotencji. Ten dobry depresyjny czas urealnia i pozbawia ludzi maniakałnych fantazji o znalezieniu i fuzji z idealną rzeczą, obiektem, miejscem, osobą. To tylko ziemia, to nie raj.

Dopiero teraz w grupie (4–6 miesiąc) zaczyna się moment właściwej pracy wglądowej gdzie można konstruktywnie pracować nad treściami faktograficznymi. Grupa stała się pozbawionym maniakałnych fantazji, bezpiecznym, stałym środowiskiem leczącym. Miejscem które może pomieścić najgorsze podłości, plugawości i szaleństwa bez zagrożenia rozpadem lub odwetem. Grupa zaczyna zastanawiać się nad poszczególnymi tematami indywidualnych osób. Rzeczy o których mówią ludzie nie zmieniają zasadniczo swej faktograficznej treści, ale w między czasie zmieniła się sama grupa. Z niemowlaka stała się już nawet nie szukającym wśród rówieśników siły nastolatkiem, ale dorosłym. Poprzez przejście procesu swojego rozwoju grupa uzyskuje właściwości leczące, pomieszczenia i twórczego rozwiązania indywidualnych problemów swoich członków. Czuje się powiew myśli, fantazji, rozwiązań, empatii, intuicyjnego wyczuwania stanów wewnętrznych osób. Yalom używa porównania, o ile pamiętam, do kąpieli ziołowej. Atmosfera grupy teraz to jak zanurzanie na 2 godziny w zdrowotnej kąpieli ziołowej i tak właśnie jest.

Jakie znaczenie ma to ukryte życie grupy? Ten opisywany powyżej zespół następujących po sobie przeżyć, które grupa wałkuje pod powierzchnią faktograficzną, po kolei i z powrotem na coraz to głębs-

szych, prawdziwszych poziomach nazywany jest – procesem. Proces – i to chyba najważniejsze zdanie tego tekstu – jest czynnikiem leczącym w terapii grupowej. Na grupie poprzez kolejne miesiące leczenia zachodzi powtórzenie rozwojowego przejścia jakie zachodzi u niemowlęcia we wczesnym dzieciństwie. Nieświadome przechodzenie tego procesu jest wtórnym leczącym rozwojem osobowym. Rozwojem który z jakiegoś powodu nie odbył się, lub odbył się tylko częściowo w relacji do osób znaczących we wczesnym dzieciństwie. Rozwój psychiczny który nie odbył się w pacjentach jako dzieciach, ma szansę na grupie rozegrać się ponownie.

Powtórzenie rozwoju? Wydaje się to na rozum niemożliwe. Obserwacja przyrody mówi, że są w życiu okresy kiedy coś może się rozwinąć i jest na to odpowiedni czas – a potem bezpowrotnie okazja mija (np. kobiety są płodne tylko w jakimś czasie życia, albo jeżeli podczas ciąży fizycznie nie rozwiną się jakieś organy wewnętrzne lub rozwiną się wadliwie (wady rozwojowe) to potem człowiek taki już jest i natura tego sama nie naprawi. Z rozwojem psychicznym/duchowym najwyraźniej jest inaczej. Ma on większe możliwości kształtowania niż ciało. A może jest jeszcze inaczej, może rozwój w dzieciństwie jest w porządku natury, a proces grupowy w porządku łaski i mamy do czynienia z cudem? Nie wiem. Ostatecznie pacjenci którzy przeżyją cały proces (choć jest on w zasadzie nigdy nie zakończony i wątki te pojawiają się w życiu aż do śmierci) i odniosą się poprzez swoje decyzje do przeżywanych konfliktów – zdrowieją. Rana zadana dziecku w relacji musi leczyć się również w relacji, ale już nie z rodzicami tylko z innymi pacjentami i terapeutami w grupie.

Ważną kwestią jest to, czy proces zachodzi w grupach więziennych. Trzymiesięczny pobyt na terapii jest za krótki. Narzucona konwencja spotkania, krępuje drzemiące w grupie tendencje rozwoju własnego grupy jako całości. Homogeniczność płciowa, jeden terapeuta, częste jego zastępstwa utrudniają więź. Brak anonimowości, trudności ze szczerym odsłonięciem, drugie życie po godzinach pracy administracji, rozmywa proces na życie poza grupą. To duża strata.

Wnioski

Jak pisałem na początku, tych kilka powyższych myśli, opinii, jest wynikiem pobieżnych obserwacji, nie reprezentatywnych i zatem nie mogących być generalizowanymi. Pomimo tego, że w mojej ocenie

grupy w zakładach karnych nie mogą poprzez warunki, w jakich pracują rozwinąć swojego potencjału, nie są jednak bezproduktywne. Wiele czynników terapeutycznych tu działa. Na przykład: zaszczepianie nadziei („można żyć w trzeźwości”), uniwersalność doświadczeń („inni też mają problem z alkoholem jak ja – nie jestem inny”), udzielanie informacji – grupa jako lustro, naśladowanie, rozwój umiejętności społecznych, nabycie wiedzy – rady, altruizm. Mocną stroną terapii w więzieniu jest kontakt indywidualny, który kompensuje trudności na grupie. W kontakcie indywidualnym, który skazani/pacjenci mają w zasadzie bez ograniczeń, może się zadziać to, co na grupie może być rozpoznane przez nich jako ryzykowne. Mocną stroną jest też personel, który jest dobrze przygotowany i radzi sobie dobrze w sytuacjach, których nie ma w grupach poza zakładem karnym.

Inną kwestią, którą zdecydowanie trzeba podkreślić jest fakt, że niski poziom rozwojowy naszej populacji pacjentów (zaburzenia osobowości), w ogóle stawia pod znakiem zapytania możliwość pracy grupy opartej na procesie. W tego typu terapii, regresja na grupie wywołana brakiem struktury jest tak duża, że uruchamiają się lęk i gniew, do pamięci wracają niedopracowane werbalnie sytuacje traumy w postaci silnych uczuć. W strukturze neurotycznej jest to wskazane. U psychotyków i borderline, jest to ryzykowne, grozi zalaniem, dekompensacją. Zatem jest pytanie, czy dyrektywność, praca grupowa o bezpiecznym charakterze edukacyjnym, nie jest najbardziej adekwatnym podejściem w tej sytuacji.

Wydaje mi się, że w obecnych okolicznościach zewnętrznych, specyfice pracy w więzieniu, dla pogłębienia terapii grupowej można próbować modyfikacji np.:

- 1) grupę może prowadzić para terapeutów zamiast jednego;
- 2) tak oddzielić ocenność związaną z resocjalizacją, żeby nie było z odbycia terapii innych profitów – poza wyzdrowieniem;
- 3) wprowadzić dobrowolność leczenia zamiast przymusu, możliwość rezygnacji lub wycofywania przy niechęci pacjenta lub łamaniu przez niego zasad;
- 4) merytoryczne kwalifikowanie i dobór do leczenia, zamiast wysyłania na terapię wszystkich uzależnionych z otępieniami czy głęboką psychopatią włącznie, danie większego spektrum decyzyjnego psychologom i komisjom penitencjarnym przy kierowaniu lub nie kierowaniu na leczenie;

5) praca w mniejszych grupach zakwaterowanych osobno od siebie (na dziś to chyba nierealne),

6) zróżnicowana grupa pod względem płci lub objawu (tu przydał by się przypis, ponieważ są zakłady karne gdzie są i kobiety i mężczyźni, ten potencjał nigdy nie został wykorzystany dla terapii i na chwilę obecną pomysł łączenia w terapii skazanych mężczyzn z kobietami wydaje się dość szalony, nie ma go nawet w KKW, a jednak),

7) odejście od skupienia na alkoholizmie czy narkomanii (objaw), a skupienie na głębszych mechanizmach, np. na tworzeniu więzi z ludźmi, przekonań, schematów. W tym punkcie też potrzebny przypis, bo absolutnie rozumiem, że priorytetem jest pokonanie nawyku i nawet behawioralne utrzymanie trzeźwości, najpierw opanowanie picia – potem reszta. To zrozumiałe ... ale „na wolności”. Trzeba trochę wrażliwiej spojrzeć na populację więzienną – oni nie piją teraz, bo nie mogą, nie mają co. Mają wieloletnie wyroki. Czy nie lepiej zamiast mówić o głodzie alkoholowym u osoby która najbliższe 5 lat jeszcze będzie w ZK, skupić się u nich na głębszych obszarach? W tej chwili „zapicie” im przecież nie grozi. I pomimo tego, że alkoholizm to choroba na całe życie, to jednak w tej akurat, specyficznej sytuacji wymuszonej izolacją abstynencji, czy nie konstruktywniej jest zająć się przyczynami, a nie skutkami? Nie wiem.;

8) jeżeli nie da się zmienić warunków więziennych dla grupy, to być może wyjściem jest zmiana rozłożenia akcentów. Edukacja najlepiej w formie warsztatu bardziej w grupie – terapia bardziej w kontakcie indywidualnym. Kontakt indywidualny w zakładzie karnym jednak nie jest tak naruszony okolicznościami zewnętrznymi, jak praca w grupie. Czynniki leczące tego kontaktu, są aktualne.

Literatura

Brenman E., 2010, *Odzyskanie dobrego obiektu*, Wydawnictwo Replika.

Budd S., Rusbridger R., 2008, *Współczesna psychoanaliza brytyjska*, Warszawa, Oficyna Genium.

Cramer B., 2003, *Pierwsze dwa lata*, GWP.

Gabbard G., 2009, *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*, WUJ.

Garland C., 2009, *Czym jest trauma, podejście psychoanalityczne*, Warszawa, Genium.

Holmes J., *John Bowlby*, 2007, GWP.

- Jacobs M., Winnicott D.W., 2007, GWP.
- Killingmo B., 1995, *Psychoanalityczna metoda leczenia*, GWP.
- McWilliams N., 2009, *Diagnoza psychoanalityczna*, GWP.
- McWilliams N., 2011, *Psychoterapia psychoanalityczna*, Gdańsk, Harmonia Uniwersalis.
- Pawlik J., 2008, *Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe*, Warszawa, Eneteia.
- Thoma H., Kachele H., 1996, *Podręcznik terapii psychoanalitycznej*, Warszawa, PTP.
- Yalom I., Leszcz M., 2006, *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. WUJ.
- Winnicott D.W., 2010, *Dom jest punktem wyjścia*, Gdańsk, Imago.