

Specyfika młodzieżowej grupy terapeutycznej

Specificity of the adolescent therapeutic group

ANNA SIEWIERSKA, ALICJA CZEBERKUS

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. Artykuł analizuje specyficzne cechy różniące terapeutyczną grupę młodzieżową od innych grup. Opisuje funkcję, jaką pełni grupa rówieśnicza w rozwojowej fazie dorastania oraz trudności, jakie napotyka terapeuta prowadzący psychoterapię grupową pacjentów młodzieżowych. Trudności te dotyczą głównie motywacji pacjentów do terapii, a także stosunku do terapeuty.

SUMMARY. Specific characteristics differentiating the adolescent therapeutic group from other groups are considered in the paper. Peer group functions in the developmental stage of adolescence are described, as well as difficulties encountered by the therapist in the course of group therapy of adolescent patients. The difficulties pertain mostly to their motivation to treatment and attitude towards the therapist.

Słowa kluczowe: psychoterapia grupowa/ pacjenci młodzieżowi/ grupa młodzieżowa

Key words: group psychotherapy / adolescent patients / adolescent group

Celem przedstawionego opracowania jest próba opisanego naszych spostrzeżeń, poczynionych w trakcie 3 lat pracy terapeutycznej z grupami młodzieżowymi. Grupy te spotykały się w oddziale całodobowym, były otwarte, heterogenne, pacjenci byli w wieku 15-19 lat.

Rozpoczynając prowadzenie grupy młodzieżowej odwoływałyśmy się do doświadczeń z pracy z grupami pacjentów dorosłych. Okazało się jednak, że różnice są większe niż oczekiwaliśmy. Grupa młodzieżowa ma specyficzne cechy różniące ją od grup pacjentów dorosłych, a także od grup dziecięcych. Niektórymi z tych cech chciałybyśmy się zająć, wydają nam się bowiem ważne dla zrozumienia dynamiki i roli terapeuty w opisywanych grupach.

Podstawowe różnice związane są, według nas, ze specyficzną funkcją, jaką pełni grupa rówieśnicza w rozwojowej fazie dorastania. Zadaniem tej fazy jest zakończenie procesu separacji - indywidualizacji od systemu rodzinnego i kształtowanie coraz bardziej dojrzałych relacji rówieśniczych. W tym okresie normy,

wzory zachowania i związki z rówieśnikami stają się konkurencyjne w stosunku do norm proponowanych przez rodzinę. Zależność od tej grupy, jej duża atrakcyjność, lęk przed odrzuceniem ze strony rówieśników są zjawiskami normatywnymi rozwojowo. Młodzi ludzie przeżywają często konflikt między potrzebami separacyjnymi a zależnościami wobec rodziców przy jednoczesnej silnej emocjonalnej i materialnej zależności od nich.

Związki z grupą rówieśniczą ułatwiają uniezależnienie się, często wspierają bunt przeciw normom i wzorcom życia rodziny, zaspokajając jednocześnie potrzeby zależności młodych ludzi.

Wydawałoby się, że ta atrakcyjność i rozwojowa funkcja grupy powinny ułatwić tworzenie i pracę młodzieżowej grupy terapeutycznej. Doświadczenia nasze pokazują jednak, że młodzi pacjenci chętnie łączący się w nieformalne grupy, z niechęcią przyjmują normy i cele narzucane przez dorosłych terapeutów. Zachowanie zgodne z tymi normami zmienia funkcję i charakter grupy. Wielokrot-

nie młodzież akceptując osoby terapeutów, próbowała odrzucić proponowane przez nich zasady pracy i skłonić ich do podjęcia własnych norm (np. zmieniając miejsce spotkań grupy z sali terapii na jedną z sal pacjentów, proponując terapeutom "prawdziwą" przyjaźń, w odróżnieniu od "pomocy za pieniądze" itp.).

Młodzieży trudniej jest niż dorosłym zaakceptować reguły terapeutyczne. Często są one w konflikcie z normami grupy rówieśniczej (np. z normą mówiącą o utrzymaniu w tajemnicy przed dorosłymi ważnych spraw). Czasem normy rówieśnicze praktycznie uniemożliwiają uczestniczenie w terapii. Pacjenci młodzieżowi przeżywają często konflikt pomiędzy lojalnością wobec rówieśników a potrzebą zależności, uzyskania pomocy i opieki od dorosłych. Przykładem może być opowieść siedemnastoletniej dziewczyny, która zwierzała się grupie z lęku o koleżankę. Koleżanka groziła samobójstwem, a opowiadająca wahała się. Z jednej strony czuła, że powinna ujawnić to, bo terapeuci "będą wiedzieli co robić", z drugiej strony - obawiała się, że "zdrada" pogłębi depresję koleżanki i będzie dowodem, że "na nikogo w życiu nie można już liczyć". Bała się też odrzucenia ze strony grupy.

W konflikcie między normami terapeutycznymi a rówieśniczymi znacznie bardziej atrakcyjne są rówieśnicze - silniejsza jest lojalność wobec grupy. W terapii przejawia się to utrzymaniem w tajemnicy ważnych wydarzeń spoza terapii. W okresach, kiedy zjawisko to jest nasilone, w czasie spotkań grupy pacjenci nie ujawniają nic z niezwykle wtedy bujnego życia oddziałowego, niechętnie mówią też o ważnych wydarzeniach ze swego życia, a nawet o sposobie przeżywania tego, co dzieje się w grupie. Pacjent, który złamie normę "nie mów dorosłym nic ważnego" jest karany przez grupę. W tej sytuacji terapeuta może próbować ujawnić i omawiać nastawienia grupy lub przy pomocy rozmaitych technik terapeutycznych aranżować sytuacje, w których istnieje szansa pokazania pacjentom, że aktywność w terapii nie musi oznaczać nielojalności wobec rówieśników.

Atrakcyjność grupy dla pacjentów młodzieżowych nasila też tendencje do tworzenia nieformalnych podgrup, znacznie ważniejszych dla nich niż grupa terapeutyczna. Rozwojowa rola koleżeńskich i przyjacielskich, a także erotycznych związków młodych ludzi narzuca odmienną niż w grupie dorosłych interpretację tego zjawiska. Często są to pierwsze rówieśnicze więzi, jakie nawiązują lękowi, czy nadmiernie związani ze swoimi rodzinami pacjenci. Pełnią one wtedy terapeutyczną funkcję i nie mogą być traktowane jedynie jako opór.

Kolejną specyficzną cechą grupy młodzieżowej jest jej stosunek do terapeutów. Oczywiście młodzi ludzie, jak wszyscy pacjenci, przenoszą na nich swoje uczucia i oczekiwania wobec autorytetów. Nie można jednak zapominać, że terapeuci są realnie ludźmi dorosłymi, czyli są rzeczywistością, a nie tylko w przeniesieniu adresatami zależnościowych i separacyjnych potrzeb pacjentów, którzy także realnie są reprezentantami kultury młodzieżowej, opozycyjnej wobec dorosłych. Utrudnia to, a czasami uniemożliwia współpracę. Młodzież oczekuje od terapeutów omnipotencji, prowokuje do kontroli, dyrektywności, jednocześnie buntując się i dewaluując ich. Pacjenci oscylują między biernym podporządkowaniem a buntem i odrzuceniem. W jednym i drugim przypadku terapeuta wciągany jest w pułapkę, grożącą całkowitym przejściem kontroli i odpowiedzialności za terapię. Sygnałem tego jest według nas nadmierne strukturalizowanie spotkań grupy, dopytywanie, namawianie do aktywności.

Przykładem omawianej relacji terapeuta-grupa może być sytuacja, która miała miejsce na jednym ze spotkań. Pacjentka bardzo chciała opowiedzieć o swoich kłopotach, ale milczała w widocznym napięciu, czekała aż terapeuta spyta ją o nie. Kiedy zapytał - odmówiła odpowiedzi, czując jednocześnie żal do terapeuty, że nie potrafi jej pomóc i dewaluując jego dobrą wolę i kwalifikacje zawodowe.

Czasem pacjenci próbują poradzić sobie z trudnością współpracy z dorosłymi, usiłując

wciągnąć terapeutów do koalicji przeciw innym dorosłym (rodzicom, personelowi szpitala, nauczycielom).

Jest to kolejna pułapka - terapeuci pozwalają wtedy na przeciągające się opowiadania i skargi, które nie wnoszą nic nowego. Identyfikując się z pacjentami, wchodzą w konflikty z innymi członkami zespołu, próbując poza grupą "załatwić" sprawy poruszane w czasie terapii. Najtrudniej jest utrzymać postawę odpowiedzialnego, życzliwego dorosłego, który nie odbiera młodym pacjentom odpowiedzialności za ich własną terapię, ale też nie oczekuje od nich nadmiernej samodzielności. Gotowy jest pomagać, ale zachowuje swój "dorosły" i terapeutyczny punkt widzenia.

Dorastający pacjenci (zwłaszcza na początku terapii) zachowują się wobec terapeutów zgodnie ze swoimi doświadczeniami, nastawieniami i obiegowymi przekonaniem na temat dorosłych. Jako przykład możemy podać fragment spotkania, na którym pacjenci zaczęli mówić o swojej niechęci do odzywania się w czasie sesji.

Pacjent - *"Nic nie warto mówić, bo dorośli i tak nas nie słuchają, zadają tylko pytania, ale i tak nie słuchają odpowiedzi"*

Terapeuta - *"Czy masz wrażenie, że ja cię nie słucham, kiedy mówisz?"*

Pacjent - *"O, nie. Pani słucha mnie bardzo uważnie"*

Terapeuta - *"Kto wobec tego zadaje ci pytania i nie słucha odpowiedzi?"*

Pacjent - *"Wszyscy dorośli, moja mama to stale mówi, że mogę jej wszystko opowiedzieć, a jak próbuję, to przerywa i pyta, co było w szkole, albo czy chcę kanapkę z ogórkiem, czy bez..."* (fragment sesji dotyczący relacji pacjenta z rodzicami...)

Terapeuta - *"Czemu trudno ci o tym pomówić w grupie?"*

Pacjent - *"Nie warto, bo dorośli i tak nas nigdy nie słuchają, a my to porozmawiamy sobie wieczorem w sali"*.

Sytuację utrudnia fakt, że młodzież trafiająca do kliniki psychiatrycznej nie ma zazwyczaj

dobrych doświadczeń w kontaktach z dorosłymi i z góry zakłada, że cele terapeutyczne (wymyślone przez dorosłych) są opozycyjne do ich własnych, a deklaracje pomocy i chęci współpracy traktuje jak manipulację.

Nasilenie wyżej opisanych postaw wywołuje u terapeutów trudne do zniesienia poczucie bezradności. Zwykle udaje się, przynajmniej częściowo, przepracować terapeutycznie te nastawienia. Problem powraca jednak wraz z każdym nowym (szczególnie atrakcyjnym dla grupy) pacjentem.

W każdej grupie terapeutycznej terapeuta ma odmienne od członków grupy zadania i prawa, ale w grupie młodzieżowej odmienność ta jest powiększana przez fakt, że terapeuta również poza grupą ma, jako dorosły, inne uprawnienia i zadania życiowe.

Pracując z grupą młodzieżową należy pamiętać o większej trudności w znoszeniu napięcia oraz mniej sprawnej kontroli popędów w okresie dorastania. W psychoterapii wyraża się to w niebezpieczeństwie zachowania typu *"acting out"*, często destruktywnej natury (zachowania agresywne, próby samobójcze, alkohol, narkotyki).

Młodzi pacjenci, częściej i konsekwentniej niż dorośli, przerywają pracę grupy w sytuacji narastającego napięcia: wychodzą, zaczynają błądnąć, zasypiają, nie przychodzą na następne spotkanie. Jeśli terapeuta chce utrzymać uwagę i pracę grupy, musi operować napięciem tak, aby nie dopuszczać do jego długiego i nadmiernego narastania. Z naszych doświadczeń wynika, że np. przedłużające się milczenie grozi całkowitym wycofaniem się grupy z aktywności, do zaśnięcia włączanie. Młodzi pacjenci często stosują obronne wycofanie się w nudę i senność (np. kiedy jeden z członków grupy mówi długo lub porusza problem budzący trudne emocje u pozostałych).

Zdarza się też, że pacjent intensywnie pracujący w czasie spotkania, nie przychodzi na następne, co jest sygnałem, że napięcie było dla niego zbyt duże. Powszechne jest też omawianie w grupach nieformalnych proble-

mów poruszanych w czasie psychoterapii. Pozwala to pacjentom odreagować napięcie i z jednej strony daje im poczucie wspólnoty i wsparcia rówieśników, z drugiej strony jednak utrudnia dalszą pracę terapeutyczną nad omawianymi problemami.

Młodzież ma również mniejszą niż pacjenci dorośli zdolność odraczania gratyfikacji. Oczekują natychmiastowych skutków każdego terapeutycznego spotkania w postaci lepszego samopoczucia, obniżenia napięcia, zmiany relacji z rodzicami. Trudniej zaakceptować im oddalone w czasie korzyści, co sprawia, że (zwłaszcza na początku terapii) szybciej rezygnują lub ograniczają się do biernego uczestniczenia w spotkaniach.

Kolejnym problemem w pracy z grupą młodzieży jest motywacja do udziału w spotkaniach grupy. Motywacja do psychoterapii jest problemem złożonym, niezależnie od wieku pacjentów. Wydaje nam się jednak, że młodzież, częściej niż dorośli, trafia do leczenia wbrew własnej woli, ulegając naciskom rodziców i lekarzy. Czasami jest to przymus, zgodnie z obowiązującym prawem rodzice mogą bowiem decydować o hospitalizacji swoich dzieci. Częściej jednak młodzi ludzie formalnie wyrażają zgodę na hospitalizację, bo nie potrafią odmówić rodzicom albo po to, aby ich uspokoić. I analogicznie - idą na spotkania grupy, ponieważ nie potrafią odmówić lekarzowi prowadzącemu. Często na pytanie o powody podjęcia terapii, młodzi ludzie odpowiadają: *"rodzice mnie tu wpakowali"*, *"przyszedłem na zajęcia, bo pani doktor kazała"* itp. Oprócz realnej zależności od dorosłych, wypowiedzi te są wyrazem ambiwalentnej postawy wobec decydowania o sobie i przejmowania odpowiedzialności za swoją sytuację. Efektem tego jest zachowanie mówiące: *"jestem tu, bo mi kazali, czekam na to, co mi zaproponujecie, ale z góry uprzedzam, że nic z tego nie będzie mi odpowiadać, jednocześnie jest mi źle i bardzo potrzebuję pomocy"*.

Sytuacja taka łatwo może przerodzić się w pat terapeutyczny. Terapeuta proponuje pa-

centom różne możliwości pracy, a pacjenci pokazują mu, że nie jest w stanie im pomóc. Sesje silnie strukturyzowane, z użyciem technik terapeutycznych pobudzających aktywność, integrujących, otwierających, są odrzucane jako nadmiernie dyrektywne albo traktowane jak zabawa. Mniejszy stopień ustrukturyzowania, oczekiwania na aktywność grupy spotyka się z bierną lub jawną agresją (*"może pani coś nam zaproponuje"*).

W początkowym okresie naszej pracy w oddziale obowiązywała zasada udziału wszystkich pacjentów w terapii grupowej. Wobec opisanych wyżej trudności, wydało nam się ważne, aby zwiększyć udział samych pacjentów w decydowaniu o podjęciu terapii. Zmieniliśmy zasady kwalifikowania do grupy. Po krótkim okresie diagnostycznym, lekarz prowadzący pacjenta, a w razie wątpliwości cały zespół decyduje, czy pacjent ma wskazania do psychoterapii grupowej (podstawowym kryterium jest tu aktualny stan psychiczny i możliwość uczestniczenia w pracy grupy). Następnie lekarz proponuje pacjentowi udział w grupie, informując jednocześnie, że jest ona potrzebna, ale nie jest obowiązkowa i pacjent nie będzie ukarany, jeśli odmówi. W ten sposób do grupy trafiają pacjenci, którzy przynajmniej zadeklarowali chęć udziału w niej. Taki system kwalifikacji spowodował zmniejszenie liczebności grupy, ale podniósł aktywność i poczucie odpowiedzialności pacjentów.

Młodzież w mniejszym stopniu niż dorośli ma poczucie kontroli nad własnym życiem (jest to częściowo związane z realną sytuacją zależności od dorosłych). W związku z tym trudniej jej jest spostrzec związek pomiędzy zmianami we własnych nastawieniach i zachowaniach a zmianami relacji z otoczeniem. Motywacja młodych pacjentów dotyczy bardziej zmian zewnętrznych niż osiągania takich celów jak wgląd, zrozumienie związku problemu z objawami, zmiana własnych zachowań, czy lepsze radzenie sobie z trudnościami. Od grupy, a szczególnie od terapeutów oczekują pomocy w rozwiązaniu konkretnych trudnych sytuacji, wręcz interwencji, która spowodowa-

łaby zmianę najczęściej postaw rodziców. W grupie przejawia się to uwagami typu: "...gdyby pani wytłumaczyła to mojemu ojcu, to posłuchałby. Mnie nie chce słuchać, ale pani potrafiłaby go przekonać". Po scenkach, w których pacjenci odgrywają rozmowy z rodzicami, często słyszymy: "...powinna usłyszeć to jej mama", "...gdyby mogła tak naprawdę porozmawiać z mamą, to byłoby inaczej". Na jednej z grup pacjenci wysunęli propozycję, aby nagrać kilka spotkań i pokazać rodzicom, żeby lepiej ich zrozumieli.

Takie nastawienia utrudniają wytworzenie motywacji do psychoterapii i są źródłem poczucia jej bezsensu oraz własnej bezradności. Pacjenci wyrazili to w czasie jednego ze spotkań: "...co z tego, że my tu pracujemy nad sobą, kiedy nasi rodzice nigdy się nie zmienią".

Wychodząc z systemowego sposobu myślenia, można też powiedzieć, że niektórzy pacjenci rezygnują z własnej psychoterapii ze względu na funkcję ich zaburzeń w systemie rodzinnym.

Konsekwencją opisanych wyżej postaw młodzieży jest konieczność ciągłego powracania w grupie do problemu motywacji do terapii i zmiany.

Następną cechą specyficzną dla grupy młodzieżowej jest koncentracja dorastających pacjentów na sobie. Wywołuje to trudności skupiania i utrzymania uwagi grupy na omawianiu problemów konkretnego pacjenta.

Grupa albo milczy, okazując brak zainteresowania, albo (szczególnie kiedy poruszany temat jest wspólnym mianownikiem) młodzi ludzie zaczynają mówić każdy o sobie. Terapeuta musi dokonywać trudnego wyboru pomiędzy poświęcaniem czasu i uwagi poszczególnym pacjentom a zajmowaniem się reakcją

grupy. Musi także nieustająco pobudzać zainteresowanie członków grupy sprawami innych pacjentów.

Opisane przez nas specyficzne cechy pracy z grupą młodzieżową wymagają od terapeutów dużej dojrzałości, świadomości własnych narcystycznych potrzeb, a także oddzielania poczucia własnej wartości od sukcesów terapii. Terapeuci nieustająco muszą radzić sobie z niepowodzeniami, frustracją, poczuciem bezradności i załamywaniem się wiary we własne kompetencje zawodowe. Muszą także chronić się przed pokusą stania się "lepszymi rodzicami", "wszechmocnymi opiekunami" lub "kumplami swoich pacjentów".

Jeśli jednak uda się zmotywować dorastających pacjentów do psychoterapii, a w grupie wytworzyć terapeutyczne więzi i normy, opisana wcześniej atrakcyjność i znaczenie grupy dla młodzieży zaczynają pełnić funkcje terapeutyczne i przyspieszają procesy zmiany.

PIŚMIENNICTWO

1. Aleksandrowicz J.W.: Psychoterapia medyczna. PZWL, Warszawa 1994.
2. Bomba J.: Psychoterapia młodzieży. W: Popielarska A. (red.): Psychiatria wieku rozwojowego. PWZL, Warszawa 1989.
3. Grzesiuk L. (red.): Zaburzenia komunikowania się neurotyków, osobowościowe wyznaczniki nerwicy i psychoterapia. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1988.
4. Grzesiuk L. (red.): Psychoterapia. PWN, Warszawa 1994.
5. Kratochvil S.: Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic. PWN, Warszawa 1981.
6. Orwid M. (red.): Zaburzenia psychiczne u młodzieży. PZWL, Warszawa 1981.
7. Orwid M., Pietruszewski K.: Psychiatria dzieci i młodzieży. Wyd. UJ, Kraków 1993.
8. Wardaszko-Łyskowska H. (red.): Terapia grupowa w psychiatrii. Wyd. II. PZWL, Warszawa 1980.
9. Weiner B.I.: Zaburzenia psychiczne w wieku dorosłości. PWN, Warszawa 1977.

Adres: Mgr Anna Siewierska, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN,
Al. Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa