SKUPINOVÁ TERAPIA V PSYCHIATRICKEJ PRAXI

Martin GROTJAHN

SKUPINOVÁ TERAPIA V PSYCHIATRICKEJ PRAXI

Martin GROTJAHN

OBSAH

Úvod: K histórii skupinovej psychoterapie 5

Základné pojmy 6
- Prenos 7
- Interpretácia 9
- Formy odporu 10
- Regresia 11
- Voľné asociácie 11
- Začínajúca skupina 12
- O základných pravidlách 12
- Reč tela 13
- Uvedenie nových pacientov do skupiny 13
- Individuálne sedenie 13
- "Triky" (alebo pomocné techniky) 14
- Cit pre stagnáciu 14
- Po skupinových sedeniach 15
- Prerušenie skupinového procesu prostredím 15
- Agovanie 16
- Chyby 17
- Koniec skupinovej terapie 18
- Námietky proti skupinovej terapii 18

Zvláštne aspekty 19
- Skupinová terapia so staršími pacientmi 19
- Nové pokroky v terapii veľkých skupín 21
- Skupinová terapia na klinikách a poliklinikách 22

Vzdelávanie a ďalšie vzdelávanie v skupinovej psychoterapii. 25

Skupinová terapia ako zážitok zrenia terapeuta 27

Literatúra 29

ÚVOD: K HISTÓRII SKUPINOVEJ PSYCHOTERAPIE

Pri spracovávaní histórie skupinovej terapie je človeku hneď jasné, že sa nejedná o prácu, techniku alebo teóriu nejakého jednotlivca. Zrodenie skupinovej terapie nie je staršie ako 40 rokov (ak počítame od roku 1990 dozadu - poznámka prekladateľa). Najprv sa probatórne používala krátko po 1. svetovej vojne a po 2. svetovej vojne ju rozvíjalo mnoho vedcov, a to rôznymi smermi.

Základy modernej psychológie skupiny použili Gustave Le Bon (1895) a Sigmund Freud (1921). Ako Le Bon tak aj Freud nepísali o skupinovej terapii v dnešnom zmysle. Freud použil slovo "skupina" len raz a to v anglickom termíne "group mind". Obaja hovorili o "mase" alebo o "dave" a mali pritom na mysli neorganizované a neštrukturované skupiny. Zaujímavé ale je, že Freuda môžeme považovať za prvého skupinového analytika (Kanzer 1971), i keď on si to neuvedomoval.

Keď dnes čítame protokoly Viedenského psychoanalytického združenia, v Amerike vyšli v štyroch dieloch (Nunberg, Federn 1962) a v nemčine dosiaľ v troch dieloch, môžeme zistiť, že tieto stretnutia "psychologickej stredovečernej spoločnosti" vo Freudovom byte, boli prvými pokusmi analyzovať spoločne skupinu ľudí, i keď vlastne vznikla za účelom vzdelávania. Táto skupina sa vtedy fotografovala a boli v nej Sigmund Freud, Otto Rank, Karl Abraham, Max Eitingen, Ernest Jones, Sandor Ferenczi a Hans Sachs. Túžba týchto ľudí po znalostiach a vhľade bola súčasne individuálna, skupinovo terapeutická a výchovná. Viedlo to k veľkým vedeckým výkonom a k mnohým ľudským komplikáciám, a okrem toho k medzinárodnej analytickej organizácii. Na tejto včasnej skupine možno pozorovať všetky formy agovania a výkonov, ako ich možno pozorovať aj v našich dnešných skupinách. Vo všetkých obdobiach bol Freud centrom týchto seminárov. Tak, ako by to mal robiť dobrý terapeut, držal sa Freud v pozadí, oslovovali ho "profesor" a neskôr "majster". Bol učiteľom, terapeutom, interprétom a súčasne hostiteľ, ktorý sa staral o miesto stretnutia, kávu a cigarety. Včasná skupina prešla akýmsi typom kolektívnej adolescencie a ukázala cestu k neskorším, organizovaným, štrukturovaným, analytickým skupinám. Skupina prvých

Freudových privržencov sa pokúsila len akosi mimochodom pôsobiť terapeuticky, hlavným cieľom bolo učiť sa a získať vhľad. Žiaden z týchto raných priekopníkov sa neskôr nešpecializoval na skupinovú terapiu, ako ju poznáme dnes. Najvýznamnejšiu a najpresnejšiu históriu skupinovej teórie napísal James Anthony. Najprv napísal osobnú správu (1968) o svojej 25-ročnej skúsenosti s analytickou skupinovou terapiou a neskôr publikoval (1971) všeobecný popis.

James Anthony patril k malej, aktívnej a kreatívnej skupine terapeutov, ktorá pôvodne spolupracovala počas 2. svetovej vojny v Northfielde v Anglicku. K skupine patril Bion, ktorý svoje pozorovanie terapeutických skupín spojil s teóriou Melanie Klein; Anthony, Foulkes, Main a Richman pracovali tiež v Northfielde. Považujú sa za zakladateľov alebo priekopníkov (analytickej) skupinovej psychoterapie.

Analytická skupinová terapia je skupinová terapia založená na psychoanalytických základoch. Vyvinuli sa tri rôzne techniky: prvá pod vedením Jacoba Morena (1954) sa sústredila na skupinovú analýzu, zatiaľ čo Alexander Wolf (1950) vyvinul techniku analyzovania jedinca v skupine. Tretí smer analytickej skupinovej terapie je analýza pomocou skupiny. Zástancami tohto smeru sú S. H. Foulkes, Malcolm Pines, de Maré v Londýne, James Anthony a Martin Grotjahn v Amerike a Reymond Battegay a Karl König v nemeckom rečovom okruhu.

Základné pojmy

V rukách psychiatrov sa skupinová terapia rýchlo vyvinula na dôležitý nástroj psychoterapie a dnes už do značnej miery nahrádza individuálnu liečbu. Otázka indikácie a kontraindikácie zmenila svoj charakter: existujú už mnohí terapeuti, ktorí už neuvažujú, či je pre pacienta vhodná individuálna alebo skupinová liečba. Otázka dnes znie: aký druh skupinovej terapie je potrebný? V každom prípade začína liečba individuálnym interview a skupinová liečba sa vždy môže doplniť (individuálnym) "okrajovým interview". Pacient je prichystaný začať v skupine, akonáhle uzatvoril s terapeutom pracovné spojenectvo. Okrajové interview je potrebné, keď pacient potrebuje viacej času, ako môže očakávať od skupiny.

Pole skupinovej terapie sa rozprestiera mnohými smermi a zahrňuje mnohé varianty teórie a praxe. Existuje skupinová terapia, ktorá sa kombinuje s individuálnymi sedeniami, existujú interakčné a transakčné skupiny, behaviorálne-terapeutické skupiny, gestalt-terapeutické a realitné skupiny; existujú encounter a maratónové sedenia; poznáme rodinné skupiny alebo skupiny v škôlke, na klinikách, v nemocniciach, na uzatvorených a otvorených oddeleniach nemocníc, v privátnych domoch alebo kluboch, v úradoch, v bytoch alebo v kostoloch, pre deti, mladistvých, dospelých alebo starých ľudí; existujú zvláštne skupiny pre homosexuálov, pre psychosomaticky chorých, pre kardiakov a hypertonikov, pre obéznych, paraplegikov a umierajúcich; existujú sexuálne akčné skupiny a skupiny pre závislých, alkoholikov, kriminálnikov alebo mladistvých delikventov.

V tomto príspevku by som sa chcel sústrediť na popis malých, dlhdobe pracujúcich otvorených skupín, ktoré často vedú analyticky vyškolení terapeuti, ktoré sú často založené na princípoch odvodených z analytických pojmov. Analytická skupinová terapia je dnes viac či menej základným modelom skupinovej psychoterapie. Súčasne sa zdá byť aj terapeutickou formou, ktorú uprednostňuje väčšina medicínsky vzdelaných terapetutov.

Používanie psychoanalytických základných pojmov pri skupinovej terapii uľahčuje pochopenie terapeutického procesu. Keď sa ale teoretické alebo terapeutické psychoanalytické koncepty prenášajú z psychoanalytickej situácie do situácie skupinovej, mení sa tým ich charaktger. Toto je dôvod, prečo Foulkes (1975) napr. navrhol hovoriť v "skupinovoanalytických" pojmoch. Analytická skupinová terapia stavia na analytických princípoch ako napr. prenose, odpore a interpretácii. Jej cieľom je zvládnuť vonkajšiu a vnútornú realitu, predpokladá určitú slobodnú komunikáciu s nevedomím.

Prenos.

Existuje určitý základný rozdiel medzi prenosovou neurózou v diadickom vzťahu a štandardnej psychoanalýze a v skupinovej analýze. Musia sa rozlíšiť tri smerovania prenosu v skupinách: jeden prenosový vzťah je nasmerovaný na centrálnu figúru tera-

peuta, ktorý je podobne utváraný ako prenosová neuróza v psychoanalytickej individuálnej terapii. Druhý prenosový vzťah sa zameriava na iných členov skupiny a predstavuje dôležitý terapeutický prostriedok. Tretí vzťah sa vyvíja v neskorších štádiách terapeutického skupinového procesu, je to vzťah k skupine ako celku, symbolizujúci ranú proeoidipálnu matku.

Analýza prenosovej neurózy je v centre štandardnej analýzy, termín, ktorému dávam prednosť pred "klasickou" alebo "ortodoxnou" analýzou. Zdá sa, že plne rozvinutá prenosová neuróza je neliečiteľná a často neanalyzovateľná. Pokusy riešiť takéto regresívne prenosové neurózy si vyžadujú stále viac času a predlžujú trvanie analýzy. Prenosová neuróza akoby mala nejakú magickú silu, takmer ako hypnóza: utvára sa podľa vzoru ranej symbiózy medzi matkou a dieťaťom a často je úpornejšia než pôvodná infantilná neuróza.

Anna Freudova považovala v jednom rozhovore s S. H. Foulkesom (1975) takýto vývoj za technickú chybu, ktorá pravdepodobne súvisí s nevedomou potrebou niektorých analytikov, reprezentovať matku a svojich pacientov podnecovať k vyvinutiu určitej infantilnej závislosti. Podľa skúseností S. H. Foulkesa je takáto prenosová neuróza inherentným rizikom štandardnej analýzy. Analytici ako Lawrence Kubie (1968) to pochopili, ktorý po niekoľkých desaťročiach analytickej skúsenosti navrhol, aby sa rutinne robila druhá analýza u druhého analytika, čím by bolo možné analyzovať pôvodnú prenosovú neurózu. Franz Alexander (1946) navrhoval realistický kontakt s pacientom aby sa vymanil z uviaznutia v regresívnom prenose. Podľa môjho názoru (Grotjahn 1969) je analytická skupinová skúsenosť najlepším riešením, ako analyzovať analytické prenosové reziduá. Uprednostňujem nehovoriť v skupinovej terapii o prenosovej "neuróze" ale o "sklone k prenosu" alebo o "prenosových situáciách". Systematická analýza prenosu nie je v skupinách ani možná, ani potrebná. Existuje "zabudovaná" korektúra prenosu prostredníctvom vzťahu k iným členom skupiny. Analytik je vychovávaný k tomu, aby bez svojich zásahov umožnil plné rozvinutie prenosu. Účastníci skupiny nie sú ani nacvičení ani ochotní dlho znášať takéto prenosové projekcie, a budú ich korigovať. Toto je báza pre korigujúci terapeutický rodinný zážitok.

Tvrdilo sa, že analytická úloha je v psychoanalýze a v skupinovej terapii rovnaká. Musíme pochybovať o správnosti takéhoto tvrdenia. V psychoanalýze najdôležitejšou úlohou analytika je interpretovať odpor individua voči vhľadom do svojho nevedomia. V skupinovej terapii je úlohou terapeuta predovšetkým odstraňovať komunikačné bariéry. "Nevedomie" skupiny sa prejavuje prostredníctvom toho, o čom sa nekomunikuje (de Maré, 1972). Nevedomý odpor individua proti vhľadu je principiálne odlišný od odporču skupiny, ktorý je tu zameraný proti slobodným, spontánnym, a reaktívnym interakciám a komunikácii.

Analytik a psychoanalýza je viac či menej prázdnym plátnom pre projekcie prenosovej neurózy. Naproti tomu skupina je pre prenos individuálnych a skupinových emócií, či už vedome alebo nevedome, viac než nejaké "kruhové divadlo" (Durkin 1964). Psyché je súborom reprezentácií otca a matky, brata a sestry, priateľa a nepriateľa, inými slovami, psychika sa podobá skupine. Skupina teda poskytuje výbornú príležitosť projikovať minulosť do reality dneška - reprezentovaného skupinou (Grotjahn 1977).

Interpretácia.

Existujú viaceré, pre skupinovú formu špecifické, formy interpretácie. Najlepšia interpretácia v skupine má formu spontánnej interakcie. Nie je napríklad nutné označiť niekoho ako "nepriateľského". Konfrontácia skupiny s nepriateľskou osobou je najlepšou interakciou, ktorá sa môže prehĺbiť pomocou genetického chápania. Inú formu špecificky skupinovej interpretácie by sme mohli nazvať "trojuholníková interpretácia". Napríklad sa pacient sťažuje na niečo a niekto v skupine na to odpovedá. Chápajúcu interpretáciu interakcie môže ponúknuť nejaká tretia osoba, ktorá oboch antagonistov pozorovala. Táto osoba môže byť terapeut, ale nemusí to byť on. Tretia špecificky skupinová interpretácia by sa mohla nazývať "poznávajúca interpretácia". Terapeut môže pozorovať dve alebo viaceré osoby zo skupiny - v čom sú si podobné, odlišné a akú majú dynamiku. Najlepšia interpretácia je spontánna, reaktívna interakcia.

Formy odporu.

Odpor individua v psychoanalýze sa zameriava proti vhľadu do nevedomia, zatiaľ čo odpor v skupine sa zameriava proti slobodnej komunikácii. Je to zvlášť zreteľné pri analýze snov skupinou. V dobre pracujúcej skupine chápe každý význam snov - okrem samotného snívajúceho. Väčšina skupinových analytikov zdieľa tento názor, ktorý má veľký význam pre skupinový proces.

Existuje špecificky skupinová forma odporu. Napríklad väčšina skupín začína pomaly, čo sa dá chápať ako určitá forma odporu. Keď šesť alebo osem ľudí príde raz v týždni na sedenie, musia vždy znovu obnoviť vzájomnú komunikáciu, než sú schopní začať slobodne interagovať. To čo sa v individuálnej terapii deje automaticky po pozdravení pacienta terapeutom na začiatku sedenia, sa pri sedení s viacerými osobami musí najprv aktívne vybudovať.

Vzájomné prispôsobenie sa medzi terapeutom a pacientom je najčastejšou formou odporu proti ďalším pokrokom v analýze. Takéto vzájomné prispôsobenie sa môže vyvinúť aj v skupinovej psychoterapii. Každá skupina, ktorá dlhší čas spolu pracovala, berie obvykle ohľady na zvláštnosti tej či onej osoby, čo znamená: "nestrácajme čas reagovaním na to, už je to raz tak". Takéto situácie si vyžadujú terapeutovu pozornosť. Zmeny v zložení členov analytickej skupiny spôsobujú, že takéto formy odporu sú zriedkavé.

Korene odporu v skupine vedú k odporu jednotlivca. Ak napríklad určitá osoba prekonala svoj odpor pomocou skupiny a začína slobodnejšie hovoriť, oživuje to, a robí pokrok celá skupina. To platí aj pre odpor terapetuta, pretože skupinová interakcia je omnoho závislejšia od slobody, spontaneity a reaktibility terapeuta, než je to v individuálnej liečbe. Skupinový terapeut musí byť zameraný na skupinu, keď v jeho vzťahu k skupine sa objaví nejaká zábrana, hneď sa to odrazí v správaní a v akcii skupiny. Keď má odpory samotný terapeut, bude sa skupina s tým identifikovať. V takých situáciách musí byť terapeut otvorený a čestný a pokúsiť sa analyzovať svoj odpor. Len potom bude skupina opäť robiť pokroky.

Terapeut nie je pacientom v svojej skupine, ale je to jeho právo a jeho povinnosť otvoriť sa niekedy skupine, keď je to v záujme

pokroku v skupinovej práci. Nesmie sa stať terapeutickým bremenom pre skupinu (Grotjahn 1977).

Regresia.

V skupinách možno pozorovať určitú hierarchiu regresie. V individuálnej terapii je regresia kontrolovaná, pomaly postupuje, a mala by byť reverzibilná. Rovnaká situácia je aj v malých skupinách, zatiaľ čo vo veľkých skupinách s 25 - 250 osobami, takmer okamžite a automaticky nastáva hlboký regresívny proces. Každá skupinová situácia je určitou výzvou pre autonómiu ega, vo veľkých skupinách sa človek ale tejto autonómie vzdáva.

Voľné asociácie.

Hovorí sa, že voľné asociácie v psychoanalýze, majú v skupine náhradu v slobodnom dialógu alebo vo veľkej diskusii. Toto tvrdenie nie je celkom správne. Analytická metóda voľných asociácií je v skupine nahradená slobodnou, spontánnou, reaktívnou interakciou. Táto interakcia má často viacej fokálny charakter ako voľné asociácie.

V tomto bode vzniká obvykle otázka, či skupiny majú riešiť problémy alebo či majú byť interakčné. Nejedná sa ale o absolútnu alternatívu. Každé skupinové sedenie môže, a začne obvykle, s pokusmi o riešenie problémov, z čoho potom vznikne určitá interakcia.

Závery.

V individuálnej terapii je pacient tak povediac jedináčikom. V skupinovej terapii je členom rodiny. Franz Alexander (1946) raz prirovnal terapeutický proces ku korektívnemu emočnému zážitku (skúsenosti). V tomto zmysle by sme mohli skupinovú psychoterapiu nazývať korigujúcim terapeutickým rodinným zážitkom.

Technika.

Aby sme mohli demonštrovať techniku skupinovej terapie, dáme prednosť i naďalej modelu malých, interakčných analytických skupín, ako o nich bola reč na predchádzajúcich stránkach. Tak bude jednoduchšie pochopiť varianty tejto základnej techniky vo zvláštnych situáciách a indikácie.

Začínajúca skupina.

Vo všeobecnosti existuje v dobre pracujúcich terapeutických skupinách tendencia, prijímať len 6 - 8 alebo nanajvýš 10 osôb. Mala by to byť heterogénna skupina, nie všetky osoby rovnakého pohlavia alebo rovnakej profesie alebo s tými istými psychiatrickými diagnózami. V normálnych, otvorených skupinách sa za osoby odchádzajúce zo skupiny prijímajú osoby nové. Výhodné je, keď sa skupina mení vo svojom zložení len pomaly, pretože reakcia na novoprijatého podporuje terapeutický proces.

O základných pravidlách.

Vhodné je redukovať všetky pravidlá na nutné minimum. Na presnosti by sa malo trvať. Sedenie by malo trvať 90 - 120 minút. Existujú terapeuti, ktorí uprednostňujú "maratónové" stretnutia (Bach 1954), pri ktorých pacienti spolupracujú v nepretržitom sedení mnoho hodín. Terapeutická hodnota týchto dlhých sedení je ale sporná. Vyplácanie honoráru je spravidla dohodnuté na mesačné intervaly, podľa počtu sedení.

Keď nejaká skupina začína, alebo keď je prijatý nový člen skupiny, malo by sa vždy zdôrazniť, že nič zo skupiny by sa nemalo opakovať mimo nej. Nikto by nemal spomínať mená účastníkov alebo hovoriť o udalostiach, ale má to považovať za súčasť dôvernej, privilegovanej komunikácie. Obvykle sa používajú len krstné mená, čím sa chráni anonymita (s výnimkou známych či slávnych ľudí, ktorých každý pzná). Ja trvám na nefajčení a nemám žiadne ťažkosti s dodržiavaním takéhoto pravidla.

Väčšia skupina sa stretáva jedenkrát za týždeň. Robia sa pokusy aj s častejším stretávaním, voči čomu nie sú žiadne námietky. Terapeut si musí všímať aby sa charakter týchto skupinových stretnutí neuberal smerom k individuálnej liečbe s rozvojom výraznej, regresívnej prenosovej neurózy. Niektorí pozorovatelia veria, že analyticky vyškolení skupinoví terapeuti majú tendenciu podnecovať skupinu k častejšiemu stretávaniu ako raz za týždeň. Klinické výskumy neukazujú, že by takáto frekventnosť bola terapeuticky nutná.

Reč tela.

Existuje určitá rč tela v skupine, ktorá sa prejavuje z obsadzovaných miest. "Malý pomocník" terapeuta sedí vpravo pri ňom, noví členovia skupiny sedia obvykle pri dverách, aby mali takpovediac otvorenú cestu preč. Pri oknách sedia tí, ktorí chcú mať prehľad a nie byť videní. A prirodzene "opozícia" terapeuta sedí proti nemu. Je udivujúce, ako veľa sa terapeut môže od svojich pacientov dozvedieť pomocou zraku - prídatne k tomu čo počuje.

Uvedenie nových pacientov do skupiny.

Pacient je k skupinovej liečbe vhodný, akonáhle po úvodnom diagnosticko-terapeutickom individuálnom interview nadviazal so svojím terapeutom pracovné spojenectvo (Greenson 1965, Greenacre 1954). Toto pracovné spojenectvo mdzi terapeutom a pacientom je bázou skupinovej liečby. Zo začiatku sú si členovia skupiny cudzí a navzájom ich spája len ich vzťah k terapeutovi, neskôr sa tvoria nové vzťahy a vzniká určitá skupinová kohézia. Nie je vždy ľahké priviesť do takej už existujúcej skupiny nového člena. Ak uvedenie urobí terapeut, tak skupina zmĺkne a potichu alebo nahlas chce počuť, čo nový člen od skupiny očakáva.

Individuálne sedenie.

Mnoho sa diskutovalo, kedy sú indikované individuálne sedenia pre člena skupiny. Ako pravidlo platí, že individuálne sedenia sú pre skupinového pacienta zmysluplné, keď je v situácii, alebo

v stave, kedy potrebuje viac času, ako je k dispozícii v skupine. Ak pacient pod silným tlakom niekedy "monopolizuje" skupinu, snažím sa nezasahovať, ale to musí zostať výnimkou a nie, aby sa to stalo pravidlom. Zo zúfalstva hovoriaci pacient nemrhá časom skupiny. Každý bude účastný na konflikte, ako by to bol jeho vlastný problém. Ak je treba ešte viacej času, môžem navrhnúť prídatné individuálne sedenie, alebo aj čakať, kým ho navrhne pacient.

Začiatočníci v skupinovej terapii majú niekedy potrebu dozvedieť sa viac o predchorobí pacienta, než je to možné len pri prípravnom rozhovore pred prijatím do skupinovej terapie. S rastúcou skúsenosťou v skupinovej terapii sú stále menej dôležité individuálne sedenia s týmto zameraním. Len zriedka sa možnosť individuálneho sedenia zneužije za účelom skrytia odporu voči práci v skupine.

"Triky" (alebo pomocné techniky).

Všetky triky rušia spontaneitu a slobodnú interakciu v skupine. V analytických skupinách nie je žiadna hudba, žiadne vyzliekanie sa, nikto nejde na "horúcu stoličku", navrhá sa do náručia, nikto nevydáva "prapôvodný plač", nemení si role. Prostriedkom interakcie je reč, ako aj vnímavosť pre signály nevedomia a spôsoby správania. Používanie trikov a zvláštnych aranžmán, zdá sa, viacej láka nemedicínskych terapeutov než psychiatrov s medicínskym vzdelaním.

Cit pre stagnáciu.

Keď sa skupina len pomaly dostáva do chodu, terapeut by nemal prerušiť ticho, ale pokúsiť sa zistiť príčinu odporu. Musí mať odvahu k spontaneite, intuícii a aj k zvedavosti. Musí byť v skupine citlivejší než pri individuálnej terapii. Pokrok skupiny závisí na schopnosti centrálnej figúry slobodne, spontánne a čestne reagovať.

Aby sa uľahčil prúd interakcie, mal by terapeut získať "zmysel pre stagnáciu". To znamená, mal by mať cit pre stagnáciu, keď má skupina sklon zotrvať pri nejakom bode alebo pri niektorom

členovi skupiny, a neprikračovať k novým konfliktovým oblastiam, novým problémom a novým postojom a snáď k novým alternatívam a vhľadom.

Po skupinových sedeniach.

Alexander Wolf (1950) odporúča "alternajúce stretnutia" skupiny bez terapeutov. Túto metódu prevzali len nejakí terapeuti. Ani ja nevidím žiadne mimoriadne výhody v takých sedeniach. Neuvádzam teda žiadne pravidlo, keď chce skupina po sedení ostať spolu. Skupiny, ktoré sa počas bežných troch mesiacov letných prázdnin neformálne stretávajú, to majú ľahšie s opätovným nadviazaním na prácu, než skupiny, u ktorých členovia nemali žiadne vzájomné kontakty. Vo všeobecnosti je mojou skúsenosťou, že v týchto sedeniach bez terapeuta sa neudeje nič terapeuticky hodnotného.

Prerušenie skupinového procesu prostredím.

Keď určitá skupina približne tri roky spolu pracovala - čo zodpovedá životnosti dobre pracujúcej analytickej skupiny - vtrhne niekedy do terapeutického procesu realita sveta a naruší pozorovanie vnútornej reality skupinou.

Určitému členovi skupiny sa napr. môže stať nejaké nešťastie, môže ťažko ochorieť, alebo môže byť hospitalizovaný. V iných obdobiach to môže byť štátna kríza, vojna, vražda nejakej vedúcej osobnosti, alebo sa môžu konať voľby a účastníci skupiny sa môžu dostať do vášnivej diskusie.

Nedovoľujem predkladať na podpis petície alebo vyberať peniaze. Jednoduché prerušenie diskusie so slovami, "to nepatrí na toto sedenie" nebude stačiť - ale mal by sa skúsiť strmý let od vonkajšej reality do reality vnútornej (Bloch 1975).

Napr. nejaký člen skupiny môže vybuchnúť do divokej argumentácie o určitej politickej otázke. Mala by tu byť možnosť ukázať, že emócie takejto osoby sú viacnásobne determinované a že, keď sa s nimi len diskutuje a neanalyzujú sa, môžu síce viesť

k víťazstvu alebo porážke, ale nikdy k vhľadu. Možno sa terapeutovi podarí nájsť nevedomý motív a ponúknuť interpretáciu.

Ak ohrozenie realitou je príliš veľké, potom hlas nevedomia mlčí, a reakcia na realitu musí byť realistická a racionálna. Až neskôr bude príležitosť preskúmať nevedomé motívy. Vo všeobecnosti je prežívanie reality určitého člena skupiny nápomocné pre utváranie skupinovej kohézie.

Agovanie.

Skupinovú terapiu možno porovnať s hraním divadla a ako také provokuje k agovaniu. Rozbiehajúca sa interakcia všetkých členov je skôr opakovaním než spomínaním - a to je definícia agovania (Freud 1914). Niekedy sú v skupine znova inscenované konflikty namiesto toho, aby boli verbalizované; nie sú o nič menej prístupné analýze. Vyskytuje sa sexuálne agovanie medzi členmi skupiny a nemusí znamenať bezpodmienečne a vždy riziko pre skupinovú kohéziu alebo pre skupinový proces. Muži obvykle agujú svoj oidipský konflikt, vnímajú skupinových terapeutov ako určitú reprezentáciu otca, potom ako by museli z jeho háremu ukradnúť nejakú ženu. Ženy si s členom skupiny môžu rozrobiť flirt, pretože je náhradou za nedotknuteľného otca - terapeuta. Nech sa to kedykoľvek udeje, terapeut musí jasne dať najavo, že nesmú byť žiadne podskupiny a že všetko čo sa udeje medzi členmi skupiny, je psychologickým majetkom skupiny a musí byť vrátené do skupiny.

Aj keď sa zdôrazňuje, že analytická skupina nie je materská škôlka, že každý je zodpovedný za seba a za svoje správanie, malo by sa predsa len varovať pred jednou formou agovania: pred finančným agovaním. Niekedy by určitý člen skupiny rád, možno z dobrého srdca pri svojich finančných úspechoch, urobil niečo pre celú skupinu. Pred takouto tendenciou by sa malo varovať, pretože môže narušiť (zničiť!) skupinový proces (Grotjahn 1976).

Najtragickejšou formou agovania je samovražda. Samovražda je v dobre vedenej skupine mimoriadne zriedkavá. Existujú terapeuti, ktorí ešte neboli konfrontovaní s takou udalosťou. Skupinová terapia je terapiou voľby pri depresii, depresívneho pacienta je možné zasadiť do prajnej indiferencie skupiny. Keď sa to stane,

pacient už väčšinou nie je suicidálny. Nebezpečné obdobie pre depresívnych pacientov je začiatok liečby a dovolenka.

Chyby.

Všetko, čo narušuje skupinový proces v slobodnej, spontánnej a reaktívnej interakcii, musíme považovať za chybu, ak sa to dá pripísať terapeutovmu správaniu, a musíme to považovať za odpor, ak sa to dá pripísať skupine. Terapeut napr. môže urobiť chybu, keď si popletie mená, keď nechá odpadnúť sedenia alebo zabudne na ne, keď nie je aktívny alebo nie je čestný a otvorený, keď priberá do skupiny osoby skôr než sú na to pripravené, alebo keď sa nehodia do rodinného modelu skupiny - toto sú nástrahy na terapeuta.

Skupinový proces sa môže narušiť, keď sa v skupine nastolí príliš veľa otázok. Lepšie je, keď sa skupinový proces nechá spontánne rozvíjať. V žiadnom prípade by sa nemali klásť otázky ako pri policajnom vyšetrovaní. Existuje lepšia metóda, ako uviesť do skupiny nového člena. Na začiatku sú ale určité otázky nevyhnutné. Zvlášť povýšenecké správanie určitého člena skupiny by sa malo interpretovať, aj keby to bol samotný terapeut, pretože inak by to brzdilo slobodnú asociatívnu interakciu. Terapeut, ktorý sa zabarikáduje za svoj stôl, môže stratiť kontakt so skupinou. To isté platí aj pre terapeuta, ktorý sa pohodlne usadí a svojim skupinovým členom ponúkne len nepohodlné malé stoličky.

Na mlčanie v skupine musíme reagovať s trpezlivosťou a interpretáciou ale nie s príkazmi alebo hanením. Odporučiť môžeme istý typ "netrpezlivej trpezlivosti", čo znamená, že musíme pozývať, bez toho, že by sme nútili. Podľa mojej skúsenosti nie je to žiadnou pomocou, keď sa pridáme k mlčaniu skupiny, ako sa to často stáva.

Snáď je vhodné zmieniť sa o istej vade, ktorá môže postihnúť najmä starších terapeutov: i veľmi ľahká porucha sluchu je pre vykonávanie nášho povolania škodlivá. Už 8 - 10-percentná nedoslýchavosť, ktorú možno korigovať aparátom je pre skupinový proces značným hendikepom. Najlepší spôsob ako podnietiť terapeutický skupinový proces, je terapeutova čestnosť, slobodné a

spontánne reakcie. Terapeut by mal byť modelom pre komunikáciu. Keď sa stará o skupinu, budú sa aj členovia skupiny starať o druhých (Anthony 1968).

Koniec skupinovej terapie.

Podľa mojej skúsenosti priemerné trvanie liečby v skupine je asi 3 roky. Pacient, ktorý je v liečbe menej ako 1 rok, podľa mňa nedokončil liečbu - predčasne ju prerušil (drop-aut). Existujú ľudia, ktorí potrebujú podporu skupinovej rodiny mnoho rokov. Len zriedkavo zostanú pacienti tak dlho v skupinovej liečbe ako v psychoanalýze. Je to výnimka, keď sa pacient na skupinových sedeniach zúčastňuje 5 či nanajvýš 8 rokov.

Na konci terapie by mal už pacient vedieť zaobchádzať so svojou minulosťou; mal by byť schopný zvládať svoju prítomnosť a mal by vedieť ako má zaobchádzť s budúcnosťou, keď mu pripravuje konflikty alebo problémy a stresuje ho. Mal by už vedieť, aké prostriedky môže použiť, aby sa vysporiadal s nevyhnutnými novými konfliktami. Mal by reagovať slobodne a spontánne a aj pri strese by mal mať odvahu k čestnosti a dôveru k sebe samému. Mal by dosiahnuť slobodnú komunikáciu so svojím nevedomím a udržať si ju.

Snáď žiadna skupina nesúhlasí, keď niekto chce skupinu opustiť. Na druhej strane bude mať skupina zriedka sklon prijať niekoho nového. Táto tendencia sa obvykle prekoná v prvom sedení s novým členom. Niektorí pacienti majú sklon spájať ukončenie terapie s určitým dátumom, napr. s "novým rokom", s "letnou dovolenkou". Keďže pacient prevzal zodpovednosť za začiatok liečby, môže prevziať aj zodpovednosť za jej ukončenie. Pochopenie zo strany terapeuta a odmietavý postoj skupiny k odchádzaniu svojich členov, je niečo, čo musí pacient prepracovať, pravdepodobne to pomôže zvoliť ten pravý čas.

Námietky proti skupinovej terapii.

Mohlo by sa tvrdiť, že individuálna psychoterapia je jeden z posledných ostrovov slobody v našej dobe a spoločnosti a preto si zaslúži ochranu zo strany terapeutov. Takýto argument je

nesprávny a zavádzajúci. Jedinec potrebuje "druhého" pre svoju individuáciu. "Druhý" v analytickej situácii je prenosová postava, zatiaľ čo "druhý" v skupinovej situácii je reprezentovaný celou skupinou, akoby rodinou. Skupina poskytuje prirodzenú atmosféru pre rast, zrenie a individuáciu. V individuálnej liečbe je pacient jedináčikm, zatiaľ čo v skupine je členom skupiny.

Zvláštne aspekty

Ako sme už povedali, existuje väčšie množstvo skupinových techník pre zvláštne situácie alebo podmienky, ciele a potreby. V určitom zmysle nepatrí väčšina týchto zvláštnych podmienok do psychiatrickej praxe. Preto ich v tomto príspevku nbudem popisovať, len sa o nich krátko zmienim.

Použil som model analytickej skupinovej terapie, aby som na ňom ukázal niektoré hlavné tendencie v oblasti skupinovej terapie. V poslednej dobe existuje niekoľko pozoruhodných vývojov, ktoré sa zdajú byť sľubné, a snáď budú formovať ďalší vývoj psychoterapie. Urobím krátky prehľad o skupinovej práci so staršími pacientmi, s veľkými skupinami, v poliklinikách a na zatvorených a otvorených staniciach psychiatrickej kliniky.

Skupinová terapia so staršími pacientmi

Pri stále sa zvyšujúcom podiele starších ľudí v obyvateľstve a pre ich psychiatrické problémy, môže byť užitočná skupinová psychoterapia. Lissy Jarvik (1975), Martin Grotjahn (1977) a Raymond Battegay (1977) urobili na tomto poli priekopnícku prácu. V literatúre nachádzame len ojedinelé správy o skupinovej terapii pre starších ľudí. Butler (1975) konštatuje, že 80 percent analytických pacientov je pod 45 rokov. Psychoanalytici majú zriedka v terapii starších ľudí. Iná autorka v oblasti gerontológie je Lissy Jarvik (1978), ktorá vo svojej dlhodobej štúdii o starobe ukazuje, že sústavná duševná aktivita účinne pomáha proti problémom starnutia. Každá inaktivita u starších ľudí je fyzicky a psychicky deštruktívna. Duševná aktivita je dokonca ešte dôležitejšia než fyzická.

Individuálna psychoterapia nepomáha veľmi proti osamotenosti, zatiaľ čo skupinová terapia ju prakticky okamžite zruší. Akonáhle terapeut vytvorí medzi staršími skupinovú komunikáciu, splnil svoju prvú úlohu, a viac či menej vyradil najdôležitejšiu príčinu depresie v starobe.

Je možné, že v budúcnosti budú terapeuti, ktorí budú ochotní mať v starobincoch skupinové sedenia. Ak psychiatri pri takýchto stretnutiach nebudú chcieť hovoriť o "skupinovej terapii", môžeme rovnako dobre hovoriť o skupinovej komunikácii, pretože prvým cieľom je vytrhnúť starých ľudí z ich izolácie, z ich osamotenia a depresie. Vysoký vek by mal byť stanicou života, ktorá umožňuje spokojnosť, a príde čas, kedy starí ľudia budú svoje posledné roky považovať za najlepšie vo svojom živote. Skupinová terapia by mohla pomôcť dosiahnuť tento cieľ. Aj keď by to finančne bolo možné, nemôžeme starým ľuďom odporúčať individuálnu liečbu.

Existuje ešte určitý ďalší bod, ktorý hovorí v prospech skupinovej terapie: s niektorými starými ľuďmi nie je ľahké pracovať v diadickom vzťahu. Niektorí starší ľudia sú vyslovene obtiažni a možno ich preto v skupine ľahšie liečiť ako, takpovediac, v boji jeden na jedného. Druhá úloha v liečbe starých ľudí je v tom, aby sme im pomohli zmieriť sa s ich predchádzajúcim životom.

Terapeut starších ľudí musí byť dobre oboznámený aj o sexuálnom živote u starších. Títo nie sú "mimo sexuálneho hriechu". Rovnako veľkou chybou by ale bol predpoklad, že ich sexuálne funkcie sú rovnaké ako v mladých rokoch. U mužov a u žien existujú určité zmeny v sexualite v starobe. Muži sa musia naučiť žiť s retardovanou alebo chýbajúcou ejakuláciou a predsa pritom dosiahnuť orgazmické ukojenie. Obe pohlavia musia prijať fakt, že sex v neskorších rokoch sa do značnej miery stáva diváckym športom. Existuje určitý tragický rozdiel medzi sexualitou starších mužov a žien. Starí muži majú zriedka problémy s atraktivitou pre mladšie ženy. Situácia starších žien je omnoho obtiažnejšia. Súčasná kultúra neschvaľuje strším ženám žiadnu sexualitu a mladší muži v našom kulturálnom okruhu sa necítia nimi atrahovaní.

Terapeut musí mať ujasnenú aj problematiku smrti a umierania. Vo svojich skupinách nemusí navodzovať diskusiu na túto

tému, ale musí byť pripravený na to, keď starší ľudia začnú o tom hovoriť. Terapeut by mal byť oboznámený so symbolmi smrti a umierania v snoch.

Aj pre nevyliečiteľne chorých bude skupinový terapeut mať v budúcnosti veľký význam. Skupinová terapia s ľuďmi ktorí sú pred smrťou, má oproti indivituálnej terapii mnohé výhody. Keď dvaja ľudia hovoria o smrti, skončí dialóg rýchlo kvôli pacitom viny a rozpakom. V skupine tomu tak nie je hlavne vtedy, keď skupinový terapeut uľahčuje diskusiu a nevyhýba sa jej. V skupine nevyliečiteľne chorých by mal byť dostatočný priestor pre sťažnosti na to, že zdravotné sestry sú neporiadne, lekári stále utekajú, nikto pre nich nemá čas a každý sa pokúša negovať realitu smrti.

Nebojácny terapeut musí byť natoľko slobodný, že zostane pevný aj pri výbuchu hostility pacientov, ktorí si snáď myslia: ja musím zomrieť a Ty budeš žiť! Musí zostať pevný aj pri návale náklonnosti a lásky od ľudí, ktorí svoju nádej ďalej žiť, projikujú na terapeuta.

Ako u starých ľudí znamená slobodná diskusia určitú bezprostrednú úľavu od "spikleneckého mlčania", osamotenia, pocitov viny, že je človek bremenom, zlosti voči rodine, v ktorej sa pacient cíti často opustený. V tejto oblasti urobili priekopnícku prácu Carleen Copelan a Frank Kline (uverejnený rukopis 1974) ako aj Yalom a Greaves (1977).

Nové pokroky v terapii veľkých skupín

V Anglicku sa viac ako inde robili pokusy pracovať s veľkými skupinami s 25 - 250 členmi. Lionel Kreager (1975) a jeho spolupracovníci informovali o svojich prvých pozorovaniach. Ale ani technika, ani ťažkosti s popisom týchto skupín sa dosiaľ nepodarili zvládnuť. Je zjavné, že veľké skupiny provokujú automaticky rýchlu a pomerne hlbokú regresiu. Existuje určitá hierarchia regresie (König 1974) od prenosovej regresie v analýze, k inak štrukturovanej a reverzibilnej regfesii v malých skupinách, až k hlbokej a rýchlej regresii veľkých skupín. Zatiaľ čo terapeutický proces v malých skupinách sa dá chápať ako korekčná emočná rodinná skúsenosť, emócie veľkých skupín zodpovedajú skorej

emóciám prascény. Niektoré závery a psychoanalytické postuláty z teoretickej konštrukcie Melanie Klein (1948) sú prístupné priamemu pozorovaniu vo veľkých skupinách. Nie je ale isté, či súčasný stav skupinovej terapie už dovoľuje experimenty s veľkými skupinami. Zjavne ešte neexistujú výskumné metódy, ktorými by sa dli skúmať alebo aspoň popísať skupinové procesy vo veľkých skupinách.

Skupinová terapia na klinikách a poliklinikách

V súčasnej dobe (USA, 1980) dochádza k novej orientácii v starostlivosti o psychiatrických pacientov a vo vzdelávaní nových odborných lekárov. Je stále väčšia tendencia liečiť psychotických pacientov na otvorených a nie na uzatvorených staniciach a v poliklinikách skupinovou formou. Na psychiatrickej klinike univerzity Južnej Kalifornie v Los Angelos sú denné vizity nahradené dennými staničnými sedeniami všetkých pacientov a v klinickej oblasti pracujúcimi (lekári, psychológovia, klinický farmakológ, sestry, sociálny pracovník). Denné vizity vo forme skupinových sedení trvajú asi 45 minút, v nadväznosti na ne je sedenie lekárov a ostatného personálu. Diskutuje sa tu o pacientoch, o ich správaní na oddelení a počas skupinových sedení sa to preberá v skupinovej atmosfére. Tieto diskusie sú väčšinou orientované na pacientov a nie bezpodmienečne na terapeutov. Staničný lekár alebo šéflekár tu má možnosť vyjadriť a objasniť svoje predstavy o starostlivosti o paicentov na stanici. Veľké skupiny a sedenia lekárov vytvárajú ducha terapeutickej komunity. Angažovaný a skúsený staničný lekár dokáže ovplyvniť a pzdvihnúť ducha a dodať entuziazmus celej stanici.

Vo Švajčiarsku je vedúcou osobnosťou v skupinovej terapii Reymond Battegay (1976) v oblasti poliklinickej a ústavnj psychiatrie, v Spolkovej republike Nemecko Karl König (1974). Rozširuje sa používanie skupinovej terapie na psychiatrické zariadenia s chronickými pacientmi, a Martin Grotjahn a iní pripravujú rozsiahle správy o tom.

V priebehu dňa sa na rôznych staniciach tvorí toľko skupín á 6 - 8 pacientov, koľko je potrebné, aby boli začlenení všetci pacienti. Zloženie týchto skupín sa rýchlo mení, v závislosti na spôsobe

prijímania a prepúšťania zo zariadenia. Vedie to k inej terapeutickej atmosfére než v iných malých skupinách. Do istej miery sa dá povedať, že sa nelieči až tak jedinec a že skutočný úžitok má skôr skupina ako celok, stanica a klinika. Hlavnou prednosťou pre pacientov je pocit, že sa im rozumie a že nie sú sami, čo má pre schizhofrenikov (Mendel 1954) veľký význam.

Veľké skupiny slúžia k uvedeniu do terapie a usmerneniu v nej, a samotné majú menšiu terapeutickú účinnosť. Predsa ale majú svoje výhody. Po prvé je treba pripomenúť terapeutickú atmosféru spôsobenú zmenami na oddeleniach, môže ovplyvniť celú kliniku, a týmto spôsobom sa pozdvihne duch terapeutického spoločenstva. Nakoniec aj jednotliví pacienti sa podieľajú na tomto skupinovom duchu. Zmena je najprv viditeľná v sociálnych vzťahoch a v sociálnom správaní. Niekedy môže vzniknúť dojem dissimulácie, čo je de facto signál začínajúcej úzdravy. Nádej a podpora v postoji priaznivo pôsobí nielen na pacientov, ale profituje z nej aj personál (Garetz 1971, Battegay 1976 a skôr).

Práca poliklinik so skupinami sa tiež delí na dva rôzne typy skupín. Univerzitná klinika v Los Angelos pracuje približne s 20-timi skupinami prepustených klinických pacientov. Tieto skupiny sa stretávajú každý týždeň raz na 45 minút s dvomi terapeutmi. Každá skupina má 50 alebo viac pacientov, z ktorých spravidla príde na skupinové sedenie 15 - 25. Diagnózy týchto pacientov zahrňujú celé spektrum bežných psychiatrických diagnóz. Väčšina pozostáva zo schizofrenikov, ktorí prišli buď priamo do polikliniky alebo po klinickej liečbe boli zo staníc doporučení na polikliniku, a síce s vysloveným účelom doliečovania v skupinách prepustených pacientov.

Mnohí pacienti nemocnice alebo polikliniky majú nielen prenosový vzťah k terepeutovi a navzájom medzi sebou, ale aj k skupine a k inštitúcii, v ktorej sa skupina stretáva. Práca sa uľahčuje tým keď doškoloujúci sa kandidáti, ktorí pracujú ako skupinoví terapeuti pod supervíziou, sa po jednom alebo dvoch rokoch musia striedať. Prenos na inštitúciu a tiež na budovu, ktoré symblizuje veľkú kamennú matku, uľahčuje adaptáciu na striedanie terapeutov. Pacienti prichádzajú niekedy o jednu alebo dve hodiny skôr, aby si posedeli v čakárni, kde nadväzujú prvé kontakty, informujú sa o novinkách, pijú kávu, alebo v úplne všeobecnom

zmysle nadväzujú vzťahy, kým začne presnejšie štrukturovná, ale ešte stále neformálna interakcia skupinového sedenia.

Terapeutický cieľ týchto skupín pre prepustených pacientov schválne nie je postavený príliš vysoko. Ide predovšetkým o snahu pomôcť týmto izolovaným, osamoteným ľuďom, ktorí sú uväznení vo svojej psychóze, aby opäť nadviazali kontakty s druhými ľuďmi a aby rozvíjali ľudské vzťahy. Nepokúšame sa viesť k vhľadu, a skupina je väčšinou zameraná na podporu interakcie. Hlavne sa očakáva vytvorenie určitej spoľahlivej a podpornej (supportívnej) prenosovej situácie. Tento cieľ sa dá dosiahnuť a pre určitých pacientov má veľkú hodnotu. Po skupinovom sedení je čas a príležitosť aby pacienti hovorili so svojím lekárom a môžu si od neho nechať vystaviť recept. Toto spojenie skupinového sedenia a následnej ordinácie je podnetom k pravidelnej účasti.

Druhý typ skupinovej terapie na poliklinike je viacej štrukturovaný: skupinové sedenia trvajú 90 minút, skupiny sú omnoho menšie, majú len zriedka viac ako 8 členov, a terapia sa snaží o vhľad s emočnou skúsenosťou, výraz a interakciu. Tieto skupiny sa vo svojej dynamike veľmi nelíšia od skupín, ktoré vedie psychiater vo svojej praxi. Pacienti sú starostlivo vyberaní s ohľadom na to, či majú dostatočne silné ego, aby boli schopní vhľadu a adekvátne ho používali. V týchto tzv. "vhľadových skupinách" je lekár tiež po sedení ešte k dispozícii za účelom poradenstva.

Po oboch typoch skupín nasledujú sedenia personálu, v ktorých personál diskutuje o rôznych otázkach. Tieto sedenia sú potrebné aj kvôli emočnej podpore terapeutického personálu, na ktorý sú kladené značné nároky, pretože v týchto skupinách sú vždy pacienti, ktorých by nebolo možné zobrať na dlhší čas do individuálnej liečby.

Táto cesta klinickej terapie psychotických pacintov sa rozvinula na dobre organizovanú a štrukturovanú liečbu a slúži súčasne k zlepšeniu doškolovania na kvalifikovaných psychiatrov. V súčasnosti sa skúmajú skupinové terapie a výskumné skupiny pod vedením F. Kline a M. Grotjahna. Zdá sa, že sa tu otvorili nové cesty ako v doliečovaní akútnych psychotických epizód, tak aj pri doškolovaní odborných lekárov.

Skupinová práca na poliklinikách a v nemocniciach poskytuje viac terapeutických možností než iné formy liečby. Evidentne to súvisí s tým, že skupinová liečba sa zvlášť dobre dá kombinovať s farmakoterapiou. Ďalší výskum zrejme potvrdí doterajšie impresie: zlepšenie kvality doškolovania pre kondidátov na odborných lekárov - psychiatrov pod vplyvom osobnej skúsenosti v skupinovej terapii. Môže sa tiež potvrdiť, že pacienti účastniaci sa skupinového programu dávajú pred individiálnou liečbou prednosť skupinovej liečbe. Podľa našej štatistiky prichádzajú pacienti na skupinové sedenia pravidelnejšie ako na individuálne sedenia a pokračujú v liečbe tiež dlhšiu dobu ako tí čo sú v individuálnej liečbe.

Vzdelávanie a ďalšie vzdelávanie v skupinovej terapii

Je ťažké povedať niečo špecifické o kvalifikácii skupinového terapeuta. Musí byť aktívnejší než pri individuálnej terapii. Schopnosť spontánne, čestne a slobodne reagovať na skupinu, si vyžaduje odvahu, dôveru v seba a druhých, a aj ochotu učiť sa z chýb. V skupine nie sú žiadne "čisté zrkadlá", za ktoré by sa dalo skryť. Pozoruhodný je názor S. H. Foulkesa (1975), že terapeut musí dôverovať skupine. Jeho úlohou nie je kontrolovať skupinový proces, udržiavať disciplínu alebo viesť skupinu. Terapeut musí dôverovať svojej intuícii, ktorú netreba definovať ako nejakú magicko-mystickú vlastnosť, ale ako vedomé používanie predvedomých a nevedomých pozorovaní. Terapeut musí byť odborník na komunikáciu a musí sa učiť používať svoju vlastnú terapeutickú skúsenosť. Musí sa učiť analyzovať samého seba, akoby bol nejakou druhou osobou. Súčasne musí vedieť, ako analyzhovať druhú osobu, akoby ona bola terapeutom. V skupine musí byť neutrálnou postavou a súčasne musí byť schopný vzťahovať sa k sebe samému, akoby bol členom skupiny.

Terapeutova dilema je, že na jednej strane musí byť dobre vzdelaný a na druhej strane predsa musí zostať prirodzený - ľudský.

Pri terapeutickej práci s terapeutmi je zjavné, že terapeuti trpia "komplexom supermatky" (Mother Superior Complex; Morgan

1971). Tento ich komplex sa prejavuje pri práci, vo vzťahoch ku kolegom, v ich spoločnostiach a často doma v rodinách. Sigmund Freud nebol výnimkou, čo výstižne popisuje Ernest Jones v jeho Feudovej biografii (1953 - 1957).

Zvláštnu pozornosť si zaslúži manželstvo terapeutov, pretože v ňom čerpá terapeut silu, ktorá mu umožňuje jeho "nemožné povolanie" (Greenson 1965). Manželka terapeuta musí mať pochopenie pre jeho profesiu, aby mohla chápať jeho a jeho potreby. Od začiatku musí chápať, že jej muž je špecialistom a autoritou len vo svojej praxi, ale nie doma. Doma musí totiž reagovať a nie analyzovať. Pre manželku je to totiž často veľké sklamanie.

Manželka terapeuta by mala vedieť, že pre neho je ľahšie sa nechať rozviesť s ňou, než so svojím povolaním.

Každá terapia manželky terapeuta, by sa tiež mala robiť v skupine. Ak je to možné, mala by to byť heterogénna skupina, i keď podstatná časť celej skupiny pozostáva z manželiek terapeutov. Moja skúsenosť je, že manželkám lepšie prospievajú skupiny než individuálna terapia, pretože často majú tajný cieľ súčasne odstrániť svojho terapeuta i svojho manžela, zatiaľ čo je takmer nemožné zavádzať skupinu alebo ju odstrániť.

Keď si všímame mladších kolegov, ktorí sa chcú vyučiť skupinovej terapii, nadobudneme dojem, že by všetci mali byť analyzovaní. Keď si ale potom všimneme analytikov, ktorí majú túto analýzu robiť, potom nadobudneme dojem, že aj im by prospela ďalšia analýza. Otázka, či psychoanalytický výcvik je pre skupinových terapeutov nutný sa nedá rozhodnúť. Počas súčasného obdobia neistoty sa zdá byť analytické vzdelávanie skupinových terapeutov potrebné. Definitívna odpoveď je pravdepodobne v kombinácii psychoanalytickej a skupinovej liečby. Terapeuti špecializujúci sa na štandardnú analýzu, by mali mať aj skupinový zážitok, pretože v analýze zostáva učiaci sa terapeut jedináčikom svojho "Lehranalytika", čo iste nie je príliš zdravá situácia. Pri skupinovej skúsenosti je ale členom akejsi rodiny a môže analyzovať svoje vzťahy k druhým ľuďom.

Alexander Wolf (1950) zdôrazňuje dôležitý moment, keď poukazuje na to, že terapeut by sa nemal liečiť v skupinách pozostávajúcich len z druhých terapeutov. Terapeuti potrebujú skupinový zážitok v heterogénnych skupinách, teda v skupinách s pacientmi, ktorí nie sú lekármi. Len tak bude akceptovať seba ako pacienta (Erikson 1975).

Skúsenosť so skupinami lekárov špecializujúcich sa na psychiatriu a so skupinami starších analytikov ukazuje, že možno odporúčať kombináciu psychoanalýzy a skupinového zážitku (Grotjahn 1950, 1960).

Po práci v roli koterapeuta potrebuje skupinový terapeut supervíziu. Nie je možné zmysluplne uviesť skupinového terapeuta do jeho práce, keď sa nezúčastníme na jeho skupinách; malo by to byť aspoň občas, ak to nie je možné pravidelne. Počas prvej časti supervízie sa pozornosť supervízora zameriava na skupinu. Pozornosť ale rýchle mení svoje zameranie a obracia sa na terapeuta.

Je treba tiež doporučiť, písanie krátkej správy o všetkých skupinových sedeniach. Počas skupiny nie je možné robiť si poznámky. Terapeut by si ale mal v priebehu dvadsiatichštyroch hodín po sedení nájsť čas a asi na jednu stranu napísať záznam o tom, čo sa na tejto skupine dialo. Je to najdôležitejšia "konzultácia" so sebou, ktorá umožňuje neustále učenie sa. Existujú ojedinelé experimenty so "skupinami bez vedenia" pre terapeutov (Kline 1979).

Cieľom každého vzdelávania a každej supervízie je rozvinutie slobodnej, spontánnej a čestnej komunikácie terapeuta s jeho skupinou. Len vo svojej schopnosti komunikácie so sebou samým a s druhými musí mať terapeut prevahu nad pacientmi.

Skupinová terapia ako zážitok zrenia terapeuta

Nepretržité, celoživotné vzdelávanie je v medicíne naliehavou požiadavku, pričom psychiatria a psychoterapia nie sú žiadnymi výnimkami. Ako sa môže skúsený terapeut ďalej vzdelávať a takto chrániť samého seba, aby sa nestal depresívny, izolovaný, cynický, ľahostajný, narcistický, doktrinársky a dogmatický? Terapeut s určitým otvoreným duchovným postojom sa bude stále ďalej učiť, bude cítiť, že ako terapeut sa stal medzičasom lepším, než bol pred rokom.

Skupinový terapeut nie je akýsi pacient medzi pacientmi a ani ním nesmie byť. Nesmie byť skupine na obtiaž. Má občas právo definovať sa ako otec alebo matka, môže si niekedy priať, aby ho deti chápali, môže sa konfrontovať s rodinu. Rodina, ktorej otec alebo matka rozumie, má otvorenú cestu k ďalšiemu rastu.

Terapeutovi musí zostať chuť učiť sa a vyjadrovať sa otvorene, čestne, priamo a bez strachu a úzkosti. Keď to robí, nemusí si robiť starosť, ako zostať v kontakte s literatúrou, s novými výskumami alebo s meniacimi sa technikami. Takto bude vždy schopný plniť si svoju povinnosť voči paicentom a súčasne sa učiť. Uspokojenie, ktoré terapeutovi poskytuje jeho práca, je pocit, že človek žije mnoho životov. Uspokojenie zo skupinovej práce je iné, ale tiež hlboké, skupiny sú psychoterapeutove milované rodiny; vidieť ich rásť a zrieť umožňuje zrenie aj jemu.

Literatúra

ALEXANDER,F.: The principle of flexibility. In: F. Alexander T. French (Eds.): Psychoanalytic therapy. Nev York: Ronald 1946, 25 -65

ANTHONY,J.: Reflections on twenty-five years of group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, 18, 1968, 277 - 301

BACH,G.R.: Intensive group psychotherapy. Nev York: Ronald 1954

BATTEGAY,R.: Gruppenpsychotherapie in der Psychiatrie. Schw. Med. Wschr., 106, 1976, 1877 - 1882

BION,W.R.: Group dynamics: A review. International Journal of Psycho-Analysis, 33, 1952, 235 - 247

DURKIN,H.E.: The group in depth. New York: Intern. Universities Press 1964

ERIKSON,E.H.: Life history and the historical moment. New York: W. V. Norton 1975

FOULKES,S.H.: Group analytic psychoteherapy. Methods and prin ciples. London: Gordon Breach 1975

FREUD,S.: Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten (1914) G.W.X Massenpsychologie und Ich-Analyse (1921). G.W.VIII

GARETZ,C.: Group rounds versus individual medical rounds on a psychiatric inpatient service. American Journal of Psychiatry, 128, 1971, 119 - 121

GREENACRE,Ph.: The role of transference. Journal Am. Psychoanalysis, 2, 1954, 671 - 684

GREENSON,R.: The working. alliance and the transference neurosis. Psychoanalytic Quarterly, 34, 1965, 134 - 165

GROTJAHN,M.: The process of maturation in group psychotherapy and in the group therapist. Psychiatry, 13, 1950, 63

Analytic group therapy with psychotherapists. International Journal of Group Psychotherapy, 19, 1969, 326 - 333

A discussion of acting out incidents in groups. In: L. Wolberg, M. Aronson (Eds.): Group Therapy. An Overview. New York: Stratton Intern, 1976, 180 - 186

Art and technique of analytic group psychotherapy. New York: Jason Aronson 1977. Deutsch: Munchen: Kindler (in Vorbereitung)

JARVIK,L.: Thoughts on the psychobiology of aging. Am. Psychologist, 30, 1975, 576 - 583

(Ed.): Aging into the 21 th century. New York: Garden Press 1978

JONES,E.: Sigmund Freud. Life and work, I.-III. New York: BASIC BOOKS 1953 - 1957. Deutsch: Das Leben und Werk von Sigmund Freud, I.-III. Stuttgart: Huber 1960 - 1962.

KANZER,M.: Freud: The first psychoanalytic group leader. In: H. Kaplan,B. Sadock (Eds.): Comprehensive group psychotherapy, Baltimore: Williams Wilkins 1971, 32 - 47

KLEIN,M.: Contributions to psycho-analysis (1921-1945). London: Hogarth 1948

KLINE,F.: Dynamics of leaderless groups. International Journal of Group Psychotherapy, 22, 1972, 234 - 242

Group therapy in psychiatric hospotals and outpatient clinics. In: Wolberg, Aronson (Eds.): Group therapy. New York: Stratton 1979

KONIG,K.: Arbeitsbeziehungen in der analytischen Gruppenpsychotherapie - Konzept und Technik. Gr. Ther. Gr. Dy., 8, 1974, 152 - 166

KREEGER,L.: (Ed.): The large group. London: Constable 1975. Deutsch: Die Grossgruppe. Stuttgart: Klett 1977

KUBIE,L.: Unsolved problems in the resolution of the transference. Psychoanalytic Quarterly, 37, 1968, 331 - 352

Le Bon,G.: Psychologie des foules. Paris: Alcan 1895. Deutsch: Psychlogie der Massen. Leipzig 1912

MARÉ,P.DE: Perspectives in group psychotherapy. New York: Jason Aronson 1972

MENDEL,W.: The treatment of schizophrenia. New York: Springer 1977

MORENO,J.L.: Interpersonal therapy, group therapy, and the function of the unconscious. International Journal of Group Psychotherapy, 7, 1954, 191 - 204

MORGAN,D.: Psychoanalytic group psychotherapy for therapists and their wives. International Journal of Group Psychotherapy, 21, 1971, 244 - 247

NUNBERG,H., FEDERN,E. (Eds.): Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society,I: 1906 - 1908, II: 1908 - 1910, III: 1910 - 1911. New York: Intern. Universities Press 1962, 1967, 1974. Deutsch: Protokolle der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Frankfurt,M.: S.Fischer 1976, 1977, 1979

PINES,M.: Overview. In: L.Kreeger (Ed.): The Large group. London: Constable 1975, 291 - 312. Deutsch in: L. Kreeger (Hg.): Die Grossgruppe. Stuttgart: Klett 1977

WOLF,A.: The psychoanalysis of groups. American Journal of Psychotherapy, 3, 1950, 525 - 558, 4, 1950, 16 - 50

YALOM,I.: The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books 1970. Deutsch: Gruppenpsychotherapie. Grundlagen und Methoden. Eind Handbuch. Munchen: Kindler 1974

YALOM,I.: GREAVES,C.: Group therapy with the terminaly III. Americam Journal of Psychiatry, 134, 1977, 4

Z originálu: M.GROTJAHN: Gruppentherapie in der Psychiatrischen Praxis. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band X, Ergebnisse fur die Medizin (2), Psychiatrie, Hrsg. von Uve Henrik Peters, (c) Verlegt bei Kindler, 1980, Zurich.

Preklad: J. Hašto