

Yalomov interpersonalni model skupinske terapije in njegova aplikacija na akutni psihiatrični enoti

Darja Škrila Čuš* in Borjana Kremžar Jovanović
Oddelek za psihiatrijo, Univerzitetni klinični center Maribor

Povzetek: V prispevku je predstavljen Yalomov interpersonalni model skupinske terapije za nižje funkcionirajoče hospitalizirane bolnike ter njegova uporaba na akutnih enotah oddelka za psihiatrijo. Navedeni so objavljeni primeri uporabe tega modela na akutnih psihiatričnih enotah, ki pa so maloštevilni. Podrobneje je predstavljen teoretični okvir bolnišnične skupinske terapije po Yalomu, in sicer klinični dejavniki, specifični za bolnišnično okolje, ter potrebne modifikacije skupinske tehnike. Opisani so cilji bolnišnične skupinske terapije, ki morajo biti predvsem realistični, ter druge značilnosti bolnišnične skupine, kot so sestava in velikost skupine, časovni okvir, pravila zaupnosti idr. V nadaljevanju so navedene strategije in tehnike vodenja bolnišnične terapevtske skupine ter delovni model psihoterapevtske skupine za nižje funkcionirajoče bolnike. V zadnjem delu članka je predstavljena aplikacija tega modela v praksi, in sicer gre za skupino, ki je sestavljena iz bolnikov z moške in bolnic z ženske akutne enote, poteka enkrat tedensko, vodita pa jo klinični psihologinji. V članku je opisana osnovna struktura skupine, cilji terapevtskega procesa, obravnavane vsebine ter evalvacija s strani bolnikov, ki se izvaja v zaključni fazi vsake skupine. Bolniki ocenjujejo skupino kot koristno, naloge, ki se jih lotevajo v skupini, pa se jim zdijo ustrezne.

Ključne besede: skupinska terapija, Yalomov interpersonalni model, akutna psihiatrična enota

Yalom's interpersonal model of group therapy and its application at acute psychiatric unit

Darja Škrila Čuš* and Borjana Kremžar Jovanović
Department of Psychiatry, University Medical Center Maribor, Slovenia

Abstract: The paper provides an overview of Yalom's interpersonal model of group therapy for lower functioning inpatients and its application at acute psychiatric units. Literature on practical use of group psychotherapy at acute psychiatric units (which is sparse) has been reviewed. The theoretical frame of Yalom's model of inpatient group therapy, including the clinical factors specific for a hospital environment and the required modifications of group technique, has been described in detail. The goals of inpatient group therapy and other characteristics of group therapy, including group size and composition, time frame, rules of confidentiality are discussed. The paper further discusses the strategies and techniques of inpatient group leadership and the working model of group psychotherapy for lower functioning inpatients. In the final part of the paper, the application of this model in practice is presented. The therapy group includes male and female acute inpatients, is conducted once a week and led by two clinical psychologists. The paper describes the basic group structure, the goals of the therapeutic process, the contents discussed and the evaluation by patients, carried out in the final stage of each group. Patients find the group useful and consider the tasks, undertaken in the group, appropriate.

Keywords: group therapy, Yalom's interpersonal model, acute psychiatric unit

*Naslov/Address: mag. Darja Škrila Čuš, Oddelek za psihiatrijo, Univerzitetni klinični center Maribor, Ob železnici 30, 2000 Maribor, e-mail: darja.skrilacus@ukc-mb.si

Pogovorne terapevtske skupine so učinkovita metoda za spodbujanje socialnih interakcij in za dostop do psihoterapevtskih intervencij (Radcliffe in Bird, 2016). Izvajanje terapevtskih skupin v bolnišničnem okolju, še posebej na akutnih psihiatričnih oddelkih, je izziv. Oddelki so lahko naporni in kaotični, obrat bolnikov je hiter, bolniki lahko imajo resnejše motnje ter so lahko v skupini moteči in težje obvladljivi. Čeprav so učinki bolnišničnih skupin omejeni, se rezultati dobro vodenih terapevtskih skupin odražajo v izboljšanju socialnih interakcij bolnikov, ki so umaknjeni in izolirani, ter v ostalih pozitivnih učinkih na njihov govor in mišljenje (Radcliffe in Bird, 2016).

V iskanju ustreznega modela, na osnovi katerega bi to dejavnost uvedli tudi na akutnih enotah našega oddelka za psihiatrijo, sva naleteli na prispevek K. Hajek (2007), ki opisuje uporabo Yalomovega interpersonalnega modela v skupini na moški akutni sprejemni enoti bolnišnice v Londonu. O izvajanju te vrste skupinske terapije v bolnišnici za akutno psihiatrično obravnavo v Torontu poročata tudi Khorasani in Campbell (2013), Razaghi idr. (2015) pa so imeli tovrstno skupino na ženskem oddelku psihiatrične bolnišnice v Iranu. Randomiziranih raziskav učinkovitosti te terapije sicer nisva zasledili, Radcliffe in Bird (2016), ki sta raziskovala zadovoljstvo bolnikov z dvema vrstama pogovornih terapevtskih skupin (ena od teh je bila prilagoditev Yalomovega medosebnega modela za nizko funkcionirajoče bolnike K. Hajek) pa poročata, da so bili skoraj vsi sodelujoči bolniki s skupino zadovoljni.

V nadaljevanju predstavlja Yalomov (1983; Yalom in Leszcz, 2005) interpersonalni model skupinske terapije v bolnišničnem okolju, posebej pa še model za nižje funkcionirajoče bolnike, ki se nama je zdel primeren za uporabo na akutnih enotah.

Teoretični okvir bolnišnične skupinske terapije po Yalomu (1983)

Skupinska tehnika in klinični dejavniki

Yalom (1983) na osnovi literature, dostopne tedaj, meni, da je skupinska terapija na bolnišničnih enotah učinkovita, saj vključitev v skupinsko terapijo izboljša izid zdravljenja, poleg tega se vključeni bolniki verjetneje udeležijo terapevtskih programov tudi po zaključku hospitalizacije.

Po Yalomovem (1983) mnenju tradicionalna skupinska terapija ni učinkovita za hospitalizirane bolnike. Zaradi različnih dejavnikov bolnišnično okolje namreč zahteva bistveno modifikacijo skupinske tehnike. Ti dejavniki vključujejo kratke hospitalizacije ter hitro menjavanje bolnikov, kar v praksi pomeni prisotnost novih bolnikov skoraj na vsakem srečanju. Veliko bolnikov se udeleži skupine samo enkrat ali dvakrat, ob tem je tudi heterogenost psihopatologije velika. Skoraj vsi bolniki so na terapevtskem srečanju nesproščeni, težijo k razrešitvi psihoze ali drugega akutnega stanja in manj k osebnosti rasti oziroma k samorazumevanju. V skupini je več nemotiviranih posameznikov, ki so lahko tudi psihološko manj sofisticirani. Med pomembne klinične dejavnike, ki zahtevajo modifikacijo terapevtske tehnike,

sodijo tudi omejitve terapevta. Terapevt pogosto nima časa za pripravo oziroma presejanje bolnikov, prav tako nima pravega vpliva na sestavo skupine. Kot posledica službenih rotacij je lahko ogrožena časovna stabilnost terapevta, prav tako bolniki tekom dneva srečujejo terapevta tudi v drugih vlogah. Skupinska terapija je namreč le ena od mnogih terapij, v katere so bolniki vključeni; srečujejo se že v drugih skupinah, občasno se v drugih skupinah srečujejo tudi s terapevtom. Problem bolnišničnih psihoterapevtskih skupin je lahko tudi pomanjkanje kohezije, ki izhaja iz hitrega menjavanja bolnikov, ter časovna omejitve, zaradi katere občasno ni ustrezne prepoznave subtilnih medosebnih vzorcev (Yalom, 1983).

Cilji bolnišnične skupinske terapije po Yalomu

Tako kot v tradicionalni terapiji je tudi v primeru prilagojene bolnišnične oblike terapije eno od najpomembnejših terapevtskih dejanj postavljanje ciljev. Yalom (1983) priporoča, da terapevt oblikuje cilje, ki so v skladu s pogoji v bolnišnici in s stanjem bolnikov. Cilji morajo biti realistični in zastavljeni tako, da jih lahko bolniki dosežejo v jasno določenem časovnem okvirju. Preveč ambiciozno zastavljeni cilji niso samo neučinkoviti, ampak celo kontraterapevtski.

Po Yalomu (1983) je primarni cilj bolnišnične terapevtske skupine, ki je v ozadju drugih ciljev, vključitev bolnika v terapevtski proces. Dobro je, da ima terapevt v mislih, da je izkušnja bolnišnične skupinske terapije del dvotirnega terapevtskega procesa: horizontalnega (del terapevtskega programa na oddelku) ter vzdolžnega (poboljšani terapevtski proces). Pomemben cilj bolnišnične terapevtske skupine je seznanitev bolnikov s terapijo ter omogočanje terapevtske izkušnje, ki je relevantna, prijetna in učinkovita. Eden od osnovnih ciljev skupinske terapije je tudi naučiti bolnike videti in razumeti, da pogovor pomaga. Bolniki se naučijo, da razbremenitev in razprava o njihovem problemu nudi takojšnje olajšanje in obenem sproža proces spremembe. Yalom kot cilj bolnišnične skupinske terapije izpostavlja vzpodbujanje bolnikov k reševanju problemov v skupini, tako v času hospitalizacije kot tudi v času po hospitalizaciji. Prav tako vidi smisel oziroma namen skupine v zmanjšanju anksioznosti, ki je povezana s samo hospitalizacijo (zaradi občutka sramu, strahu pred stigmatizacijo ali podobnih negativnih oziroma neugodnih subjektivnih zaznav).

Ostale značilnosti bolnišnične skupine

Po Yalomovih (1983) izkušnjah na psihiatričnih oddelkih skupine sestavljajo na dva načina. Prvi je timski pristop, po katerem bolnike razdelijo v skupine po vrstnem redu sprejema. Drugi je nivojski pristop, po katerem bolnike razvrstijo v skupine po nivoju funkcioniranja. Bolniki s psihozo in drugo težjo duševno motnjo so razvrščeni v »nižje funkcionirajočo skupino«, drugi v »višje funkcionirajočo skupino«. Prednosti timskega pristopa so na prvi pogled manj očitne, vendar tovrsten pristop omogoča, da so v skupino vključeni vsi bolniki.

V klinični praksi je prisotnost na skupinah praviloma obvezna. To je še posebej pomembno pri heterogenih skupinah ter pri »nižje funkcionirajočih homogenih skupinah«. Klinične ugotovitve kažejo, da se v primeru prostovoljne prisotnosti na skupinah le-teh ne bi udeležil visok odstotek bolnikov. Po Yalomovem (1983) mnenju je prostovoljna prisotnost možna in celo priporočljiva v nivojskih, »visoko funkcionirajočih skupinah«, v »nizko funkcionirajočih« pa manj.

Le redko se zgodi, da je skupina dvakrat enaka, precej pogosteje v skupino prihajajo novi člani in nekateri odhajajo. Po Yalomovem (1983) mnenju je odgovor na ta problem čimbolj pogosto srečanje skupine. Po možnosti naj bi se skupina srečevala vsak dan, tudi čez vikend. Če se skupina srečuje redkeje, težko razvije občutek ločene skupinske identitete.

Hitre spremembe članov skupine imajo nekatere pomembne implikacije za terapevtovo osnovno strategijo in taktiko. Yalom priporoča, da terapevt razvije novo psihološko začasno naravnost: življenja skupine ne more gledati v letih, mesecih ali tednih. Namesto tega je celotno življenje skupine skoncentrirano v enem samem srečanju. Tovrsten način delovanja skupine ima tako pomanjkljivosti kot prednosti. Med slednjimi Yalom navaja konstanten prihod novih članov, ki prinesejo novosti, nove ideje in širši spekter reakcij. Časovna omejenost poveča občutek nujnosti in bolnike motivira k bolj skoncentriranemu ter učinkovitejšemu delu v skupini.

Yalom prav tako meni, da je najbolje, da skupino sestavlja od šest do deset članov. Takšne skupine so dovolj velike, da omogočajo zadostno količino materiala iz interakcij, vendar ne prevelike za to, da ima vsak član možnost sodelovati.

Zunanja skupina je po navadi neodvisna terapevtska entiteta, medtem ko bolnišnična skupina to ni, saj obstaja kot del večjega sistema zdravljenja. Terapevtska skupina in oddelek sta medsebojno odvisna, dinamika enega vpliva na dinamiko drugega.

Za bolnišnično skupino moramo po Yalomovih izkušnjah modificirati pravila zaupnosti. Zaupnost mora obstajati, vendar z drugačnimi mejami, saj člani bolnišnične skupine bivajo skupaj, si delijo druge terapevtske izkušnje ter imajo več interakcij v času med posameznimi srečanji. Vodja skupine krepí in spodbuja zunajskupinsko socializacijo, kar za zunajbolnišnične skupine ne velja. Logika tovrstnega pristopa temelji na tem, da ima večina psihiatričnih bolnikov hujše težave z interpersonalno izolacijo v življenju. Vzpodbujanje socializacije je s tega vidika razumljivo in dobrodošlo.

Terapevt bolnišnične skupine ima bistveno več informacij o bolnikih kot terapevt zunanje skupine. Pomembno je, da terapevt te informacije razkrije suportivno, nežno in v povezavi z nadaljnjim delom v skupini. Informacije o posameznem članu naj terapevt v skupini razkriva na takšen način, da to za bolnika ne deluje kot prevara ali ponižanje.

Bolniki vidijo terapevta bolnišnične skupine tudi v drugih vlogah tekom dneva. Terapevt je po navadi član oddelčnega osebja in mora kot takšen komunicirati z bolnikom na različne načine; zato je še posebej pomembno, da osebje poskrbi za jasno strukturo in jasno postavitve mej. Patologija bolnikov v bolnišnični skupini je težja. Večina bolnikov v bolnišnični

skupini je v krizi in se prej ukvarjajo s preživetjem kot z osebno rastjo.

Strategije in tehnike vodenja bolnišnične terapevtske skupine po Yalomu

Kot že rečeno, ima terapevt v bolnišnični skupini povsem drugačen časovni okvir. Predpostavljati mora, da življenje skupine traja le eno seanso, zaradi česar mora biti v vsaki seansi čim bolj učinkovit za čim več članov skupine. To zahteva visoko raven aktivnosti. Yalom (1983) priporoča, da terapevt strukturira skupino, naslavlja bolnike, jim nudi aktivno podporo in ima z njimi osebno interakcijo.

Terapevt se ne more zanesti na stabilno članstvo za oblikovanje strukture. Narava psihopatologije (večina bolnikov je zmedenih, prestrašenih, dezorganiziranih) zahteva od zunaj postavljeno strukturo. Kot piše Yalom (1983), terapevt zagotavlja strukturo na naslednje načine: s postavljanjem jasnih prostorskih in časovnih omejitev, z razumljivim, odločnim, toda fleksibilnim medosebnim stilom, z eksplicitno orientacijo in pripravo bolnikov ter z razvijanjem konsistentne, koherentne skupinske strukture. Zelo strukturiran pristop je posebej indiciran pri slabše funkcionirajočih bolnikih, pri čemer struktura ni pomembna le za bolnike, ampak tudi za terapevta, saj vodenje skupine vzbuja anksioznost. Ena od najmočnejših tehnik, ki zagotavljajo strukturo, je konsistentno, eksplicitno zaporedje skupinskega terapevtskega srečanja, ki je večinoma takšno: uvod in orientacija novih bolnikov ter kratka priprava na skupinsko terapijo, opredelitev naloge, izpolnjevanje naloge, zaključek – pregled srečanja.

Eden glavnih ciljev bolnišnične skupinske terapije je pri bolnikih povečati željo, da bi nadaljevali s terapijo po odpustu. Iz tega razloga je pomembno, da terapevtsko skupino dojemajo kot pozitivno, podporno izkušnjo. Terapevt mora v skupini ustvariti vzdušje, ki ga bolniki dojemajo kot konstruktivno, toplo in podporno, v skupini se morajo počutiti varne, se naučiti skupini zaupati, morajo jo doživeti kot prostor, kjer bodo slišani, sprejeti in razumljeni.

Bolnišnična terapevtska skupina ni prostor za konfrontacijo, kritiko ter izražanje in proučevanje jeze. Naloga terapevta je hitra razrešitev konflikta. Najti je treba način, kako pomagati bolnikom ukvarjati se z jezo, ki ne zmoti varnosti skupinske atmosfere.

Po Yalomovem (1983) mnenju mora biti terapevt v bolnišnični skupini bolj samorazkrivajoč, saj terapevtovo samorazkrivanje močno pospešuje delo bolnišnične skupine. Vendar pa naj samorazkrivanje služi doseganju terapevtskih ciljev. Terapevt se mora razkrivati na način, ki zagotavlja bolnikom podporo, sprejemanje in opogumljanje. Pri sebi naj skuša najti pozitivne občutke do bolnikov in jih izraziti, prepozna naj njihove močne točke.

Yalom (1983) je pristaš interakcije tukaj in zdaj, ki poveča učinkovitost terapevtske skupine, saj spodbuja medosebno učenje. Osredotočenost na tukaj in zdaj temelji na dveh predpostavkah. Prva predpostavka je, da je psihopatologija do neke mere, verjetno v veliki meri, medosebno pogojena (interpersonalna teorija psihopatologije), zato je treba zdraviti spodaj ležečo medosebno patologijo. Druga predpostavka je,

da se bolnikova medosebna patologija v majhni terapevtski skupini ponovi, poleg tega je več opazovalcev, vsak z nekoliko drugačno perspektivo. Terapevtova naloga je, da zbere te podatke in jih naredi dostopne bolniku. S tem ko mu pomaga videti samega sebe, kot ga vidijo drugi, in razumeti svoje neprilagojene načine vzpostavljanja odnosov z drugimi v skupini, mu pomaga razumeti, kaj je šlo narobe v njegovem socialnem svetu zunaj. Poleg tega skupina predstavlja varno okolje za eksperimentiranje z novimi načini vedenja, saj imajo bolniki trdovratne katastrofične fantazije, kako se bo zgodilo nekaj ekstremno negativnega, če se bodo vedli drugače.

Če želimo, da bo osredotočenost na tukaj in zdaj učinkovita, jo morata sestavljati dva koraka, od katerih nobeden nima terapevtske moči brez drugega. Prva faza je doživljanje, ko člani živijo tukaj in zdaj, se osredotočajo na svoje občutke do drugih članov, do terapevta in do skupine. Druga faza je razumevanje, ko članom pomagamo, da razumejo svojo izkušnjo tukaj in zdaj; v tej fazi skupina proučuje samo sebe, svoje transakcije, kaj se je ravnokar zgodilo. V vsakem koraku mora terapevt uporabiti druge tehnike.

V uporabi pristopa tukaj in zdaj je v bolnišnični skupini zaradi njenega kratkega trajanja pomembno, da interakcijo uporabimo primarno za podkrepitev močnih točk in za odkrivanje medosebnih problemov, ne toliko za predelavo le-teh. Prisotnost hude stiske zahteva, da posebno pozornost namenimo prikazu relevantnosti pristopa tukaj in zdaj. Velika krhkost bolnikov zahteva, da je povratna informacija (in pravzaprav vsi vidiki interakcijskega procesa) izključno suportivna in konstruktivna. Vsi nepredvidljivi in potencialno moteči dogodki predstavljajo vodo na medosebni mlin in jih je mogoče z ustrežno tehniko narediti terapevtske.

Delovni model psihoterapevtske skupine na nižji ravni po Yalomu

Osnovni principi bolnišnične skupinske terapije veljajo tudi za skupino z nizko funkcionirajočimi bolniki. Terapevt naj bi po Yalomovem (1983) mnenju prilagodil svojo tehniko, osnovni cilji in metode pa ostajajo iste. Zagotoviti je potrebno suportivno izkušnjo, ki je za bolnike dovolj prijetna in konstruktivna, da jih spodbudi k nadaljevanju terapije po odpustu iz bolnišnice. Bolnikom je treba pokazati, da pogovor oz. govorjenje pomaga. Pomagamo jim odkriti probleme, na katerih lahko delajo v nadaljnji terapiji, in razviti socialne spretnosti. Pomembno je, da je terapevt aktiven in zagotavlja močno strukturo in podporo za vse bolnike. Prizadeva si biti ves čas učinkovit ter vsakemu bolniku na vsakem srečanju nuditi neko otipljivo korist. Terapevt naj bi bil transparenten in oseben, ne samo da se iskreneje poveže z bolniki, ampak tudi da nudi model, ki ga bolniki lahko posnemajo v odnosu drug do drugega. Povečati mora učinkovitost skupine z osredotočenjem na interakcijo tukaj in zdaj, ko je le mogoče.

Dobro je, da skupina zagotavlja izkušnjo uspeha, saj je le na ta način terapevtska. Pomembno je tudi, da oblikujemo takšne skupinske naloge, ki jih bolniki zmorejo končati, pri čemer je potrebno upoštevati, da so se nizko funkcionirajoči bolniki zmožni učinkoviteje osredotočiti na več kratkih nalog kot na eno dolgo.

Terapevt naj bo posebej pozoren na ravni anksioznosti pri članih skupine s tem, da si nenehno prizadeva, da se

izogne situacijam v skupini, ki bi povečale anksioznost, in da zagotovi skupinsko strukturo in skupinsko vzdušje, ki zmanjšuje anksioznost. Zagotavlja naj priložnosti za socialno interakcijo, ki so nezahtevne, razdeljene v kratke časovne segmente in se izmenjujejo z obdobji samostojne aktivnosti. Skupinski terapevt naj razvije zdravo spoštovanje za bolnikove obrambe. Ko regresivni psihotični bolnik eksplicitno ali implicitno reče, »ne morem govoriti o svojem problemu, ker je to zame preveč«, je pomembno, da terapevt sprejme dejstvo, da bolnik ve, o čem govori.

Zelo pomembno za moralo osebja je ustrezno postavljanje ciljev. Smiselno je, da oblikujemo in uporabljamo omejene cilje in naloge. Svoj občutek zadoščenja naj terapevti črpajo iz tega, da bolnikom pomagajo narediti majhne korake k jasnosti in integraciji.

Skupinska psihoterapevtska dejavnost na akutnih enotah oddelka za psihiatrijo

Gre za skupino, vodeno po Yalomovem (1983) modelu za nizko funkcionirajoče bolnike, ki ga je za uporabo na akutnih enotah prilagodila K. Hajek (2007). Skupina od januarja 2019 poteka enkrat tedensko na enotah za intenzivno psihiatrično zdravljenje Oddelka za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor (gre za sprejemno oz. akutno enoto). Vodiva jo avtorici, klinični psihologinji, v skupino pa so vključeni tudi na enotah krožeči specializanti klinične psihologije, občasno tudi specializanti psihiatrije, če izrazijo zanimanje. Lokacijsko se odvija v timski sobi moške intenzivne enote, bolnice iz ženske enote pripelje ena od psihologinj. Izbrani bolniki so povabljeni k sodelovanju, vendar udeležba ni obvezna, tako da občasno skupino sestavlja manjše število članov.

Bolnike za skupino izbereva klinični psihologinji, ki pokrivava sprejemne enote oddelka za psihiatrijo. V sodelovanju z zdravniki in ostalim psihiatričnim timom izbereva pet bolnikov z moške sprejemne enote in pet bolnic z ženske sprejemne enote. Bolniki so tako izbrani po nivoju funkcioniranja oziroma po nivoju kapacitet psihološkega mišljenja, so mešani po spolu in po psihopatologiji. Večina bolnikov se skupine udeleži enkrat, nekateri v njej sodelujejo večkrat, v odvisnosti od časa hospitalizacije na sprejemni enoti. Skupina je visoko strukturirana, vključuje več jasnih in vodenih nalog s širšo psihološko problematiko, zajema samostojne aktivnosti, diadne in skupinske interakcije. V skupini se bolniki učijo sporazumevanja z drugimi, vadijo usmerjanje in vzdrževanje pozornosti, se učijo poslušati druge, razmišljati o sebi in deliti svoje ideje ter mnenja z drugimi.

Potek srečanja skupine

Srečanje skupine je jasno strukturirano in ga vnaprej načrtujemo (Yalom, 1983). Načrt srečanja je natančno opredeljen, in sicer je za *orientacijo in pripravo* bolnikov namenjenih od 2 do 5 minut, sledi *ogrevanje*, ki traja od 5 do 10 minut. Naslednje so *strukturirane vaje*, ki predstavljajo glavni del in bistvo srečanja ter trajajo od 20 do 30 minut. Strukturirana vaja je lahko samo ena, lahko jih je več, če so

vaje krajše. Srečanje se zaključi s *pregledom seanse*, ki traja okvirno 5 do 10 minut, v njem je čas za refleksijo skupine, povratne informacije, potencialne kritike in (konstruktivne) pripombe.

Cilji prve faze, to je orientacije in priprave, so nuditi bolnikom osnovno prostorsko in časovno orientacijo, zmanjšati anticipatorno anksioznost, jih poučiti o namenu in postopkih skupine, jim razložiti logiko delovanja skupine ter jih poučiti, kako najbolje uporabiti skupino (Yalom, 1983).

Ogrevanje služi za prebijanje ledu in nežen začetek, prav tako zmanjšuje anticipatorno anksioznost in omogoča vsakemu članu vključitev v kratko, lahkotno in neogrožajočo interakcijo (Yalom, 1983). Običajno izvedemo kratko strukturirano vajo. Ena od možnih vaj je, da vsak član skupine pove svoje ime in eno dobro stvar, ki se mu je zgodila tisti dan. Druga možnost, ki smo jo uporabili, je, da na mizo na sredini razporedimo črno-bele fotografije (npr. ljudi, narave), vsak član izbere eno in v krogu po vrsti vsak pove, zakaj jo je izbral.

Jedro vsakega srečanja predstavljajo strukturirane vaje, katerih namen je, da olajšajo samorazkrivanje, sprejemanje, povratno informacijo in osebnostne spremembe (Hajek, 2007). Najbolj učinkovite so vaje, ki kombinirajo samostojno aktivnost, diadno in skupinsko interakcijo (Yalom, 1983). Prednosti tovrstnih vaj so, da spreminjajoča se narava naloge naredi vajo bolj varno, vaja nudi navodila za samorazkrivanje, ustvarjalno poslušanje, besedno izražanje, diadno in skupinsko interakcijo, bolniki z omejenim obsegom pozornosti lažje sledijo več kratkim nalogam kot eni daljši. Samostojna aktivnost predstavlja delo z nedokončanimi povedmi, pri diadni interakciji se bolniki združijo v pare in drug drugemu preberejo, kaj so napisali, ter se o napisanem pogovorijo. Vaje se končajo s skupinsko interakcijo, v kateri vsak član skupine prebere odgovore partnerja ter ostale informacije, ki jih je pridobil v diadni izmenjavi. Nekatere vaje sva povzeli po Yalomu (1983), nekatere po K. Hajek (2007), nekatere pa sva glede na potrebe skupine oblikovali sami. Vaje oz. nedokončane povedi se lahko nanašajo na različne teme, npr. na osebnostno spremembo (*»Dve stvari, ki bi ju rad spremenil na sebi, sta ...«*, *»Dve stvari, ki ju imam rad/a pri sebi in ju ne želim spremeniti, sta ...«*). Drug primer vaje je, da bolnikom razdelimo liste z narisanim grbom, razdeljenim na 4 dele, v vsakega izmed delov bolniki napišejo nekaj, kar jih predstavlja, npr.: *»eno od najlepših daril, ki sem jih prejel/a«, »eden od mojih največjih dosežkov«, »ena od stvari, ki me najbolj zanima«, »ena od najpomembnejših oseb v moji družini«*.

Če terapevt vidi, da se več članov v skupini spopada s podobnimi dilemami, lahko članom predlaga tudi kratko vodeno diskusijo (Yalom, 1983). S tem člani skupine vidijo, da imajo tudi drugi podobne težave in kako se lahko z njimi spopadajo na drugačen, učinkovitejši način. Učinkovit format vaje kombinira diskusijo s predhodno individualno ali diadno nalogo. Odgovori se lahko napišejo, prediskutirajo se podobnosti, podajo se komentarji in kritike na različne načine spoprijemanja. V skupini, ki jo vodiva, smo se ukvarjali s tematiko anksioznosti, depresivnosti, žalosti, jeze, izgube, zavrnitve. Člani so najprej pisno odgovarjali na vprašanja o pereči tematiki (*»Kako občutite napetost/jezo/izgubo/zavrnitev?«*) in nadaljevali z idejami o tem, kako si pomagajo

(*»Kako si pomagata, da zmanjšate napetost/jezo/izgubo/zavrnitev?«*). Ena od voditeljic skupine je vodila razpravo, druga pa je odgovore bolnikov zapisovala na plakat.

Ovrednotenje dosedanjega dela

Po nekaj pilotnih izvedbah skupine sva ob koncu delovanja skupine začeli z aplikacijo evalvacijskega vprašalnika (do sedaj sva ga aplicirali 21-krat). Bolnikom sva postavili tri vprašanja. Prvi dve vprašnji sta bili izbirnega tipa, tretje pa odprto. V prvem vprašanju sva spraševali, v kolikšni meri so doživljali skupino kot koristno, v drugem vprašanju pa o ustreznosti nalog. V tretjem vprašanju so imeli bolniki možnost še karkoli povedati oz. napisati glede skupine.

Na prvo vprašanje smo dobili 187 odgovorov. Več kot polovici udeležencev (59,4 %) se je zdela skupina zelo koristna, dobri tretjini (38 %) srednje koristna in le nekaj udeležencem (2,7 %) nekoristna. Veliki večini udeležencev je torej skupina vsaj do neke mere koristila.

Na drugo vprašanje smo dobili 186 odgovorov. Veliki večini udeležencev so se zdele naloge v skupini ustrezne (85,5 %), dobri desetini (11,8 %) prelahke, nekaj udeležencem (2,7 %) pa pretežke. Sklepamo lahko, da so bile naloge ustrezno izbrane.

Dodatni komentarji so bili v veliki večini primerov pozitivni, npr.:

- »Takšnih skupin bi lahko bilo še več.«*
- »Lepo je poslušati različna mnenja.«*
- »Zelo domiselno in poučno; spoznali smo se med sabo, vsak ima svojo zgodbo.«*
- »Zelo sem bila zadovoljna s potekom skupine, ker sem se znova spomnila, da imam veliko stvari, za katere se spleča živeti in truditi še naprej.«*
- »Pomirila sem se, malo razmislila o stvareh, v bistvu je bilo super.«*
- »Bila je zanimiva in pestra izkušnja.«*

Pri opisani evalvaciji gre le za mnenje članov skupine, za dejansko oceno učinkovitosti tovrstne skupinske terapije bi bile potrebne še dodatne raziskave, ki pa so seveda težko izvedljive, saj so bolniki tekom zdravljenja hkrati vključeni v različne skupinske in individualne aktivnosti in je težko razmejiti vpliv le-teh.

Zaključek

Čeprav psihoterapevtska skupinska obravnava na akutnih psihiatričnih oddelkih predstavlja precejšen izziv, je po izkušnjah avtoric ter po povratnih informacijah sodelujočih zelo dobrodošla, koristna in prijetna aktivnost, ki jo je smiselno vključiti v nabor aktivnosti v času akutnega psihiatričnega zdravljenja. Skupina nedvomno zahteva jasno in že kar togo strukturo, vendar lahko le na ta način pripelje do uresničitve enega od glavnih ciljev skupine, in sicer do prezentacije pogovorne skupine, medosebne interakcije in psihoterapije širše kot pozitivne in kot takšne, ki lahko pomaga pri reševanju problemov tudi po končanem bolnišničnem zdravljenju. Skupina na akutnih enotah oddelka za psihiatrijo

zaenkrat služi začrtanemu namenu in izpolnjuje implicitne cilje, saj jo večina udeležencev doživlja kot pozitivno, domiselno in poučno ter kot takšno, ki bi si jo želeli imeti še večkrat in ki koristi pri vzpostavljanju kontaktov, pri razumevanju perspektive drugih ter pri normalizaciji lastnih stisk in vprašanj, na katera bi sami težje našli odgovore.

Literatura

- Hajek, K. (2007). Interpersonal group therapy on acute inpatient wards. *Groupwork*, 17(1), 7–19.
- Khorasani, K. in Campbell, B. (2013). *A supportive/interpersonal approach to inpatient group psychotherapy*. <https://docplayer.net/22535724-A-supportive-interpersonal-approach-to-inpatient-group-psychotherapy-updated-february-2013.html>
- Radcliffe, J. in Bird, L. (2016). Talking therapy groups on acute psychiatric wards: Patients' experience of two structured group formats. *BJPsych Bulletin*, 40(4), 187–191.
- Razaghi, E. M., Tabatabaee, M., Pourramzani, A., Shirali Mohammadpour, R., Mousazade Moghaddam, A. in Yahyavi, S. T. (2015). Developing an inpatient group psychotherapy program: Challenges and lessons learnt. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(3), članek e835.
- Yalom, I. D. (1983). *Inpatient group psychotherapy*. Basic Books.
- Yalom, I. D. in Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). Basic Books.