

6. TERAPIA DE GRUP

Daca am trece in revista toate locurile unde se face tratamentul alcoolismului, precum spitale de psihiatrie, sectii de psihiatrie, centre de zi, ambulatorii, comunitati terapeutice, etc. am constata ca in majoritatea lor exista montata o terapie de grup. Astfel am putea spune ca cea mai comuna forma de tratament nemedicamentos al alcoolismului este terapia de grup (Barlow si colab.2000) ¹. Aceasta situatie este o reflectare a faptului ca si in alte domenii ale ingrijirii sanatatii mentale, terapia de grup este foarte utilizata ca o metoda care si-a dovenit eficacitatea in multe decenii. Pe de alta parte nu trebuie uitat ca una din metodele cele mai eficiente de abandonare a consumului de alcool s-a dovedit a fi grupele de autoajutor AA, in fond tot un grup de suport dar cu o filozofie aparte.

Prin terapie de grup se intelege procesul de interactiune dintr-un grup, interactiune care este privita ca factor therapeutic (Barlow si colab, 2000)¹. Terapia de grup la alcoolici se bazeaza pe faptul ca ei sunt dispusi mai degraba sa primeasca critica, se descopere mecanismele lor de minimalizare si de negare, sa inteleaga distorsiunea schemelor lor cognitive de la egalii lor decat de la un terapeut. In plus, grupul poate furniza suportul, legaturile afective, feedback-ul si diverse modalitati de coping pe baza carora participantul isi va crea propria strategie de management cu situatiile de risc de consum de alcool.

Terapia de grup porneste de la premiza ca grupul este mai mult decat suma partilor (Yalom, 1985)². Pentru Yalom terapia de grup se bazeaza pe o relatie interpersonală in care membrii grupului si terapeutul sunt vazuti ca

tovarasi ai unei calatorii care are ca scop eliminarea progresiva a obstacolelor in cale dezvoltarii personale (Overholser, 2005)³.

Impartasindu-si experientele, trairile si interactionand unul cu altul, invatand sa asculte si sa vorbeasca, subiectii isi articuleaza sentimentele lor, mania, tristetea, bucuria, resentimentul sau linistea de trairilor altora din grup si astfel grupul isi creeaza propria dinamica. Pentru aceasta grupul trebuie sa aibe un anume format. Astfel, numarul participantilor nu trebuie sa fie nici prea mic si nici sa depaseasca 8-12 subiecti.

Recrutarea subiectilor este bine sa se face printr-un interviu preliminar cu fiecare subiect in parte pentru a se vedea capacitatile cognitive si motivatia subiectului, abilitatea de a interactiona in grup, disponibilitatea de a se conforma programului grupului, etc. Trebuie avut in vedere ca clientii care apar potriviti pentru terapia de grup la interviul preliminar pot avea o rata mare de absente ulterioare pentru ca in grup ei se relationeaza altfel decat intr-o relatie diadica (NacNair-Semands, 2002)⁴. In general se considera ca rata obisnuita de absenteism este in jur de 35%.

Prezenta subiectilor la grup trebuie sa fie suficient de constanta pentru a se crea legaturile care sa duca la fluidizarea discutiei si sa creieze dinamica proprie. Nu este dezirabila fluctuatia participantilor si cei noi veniti trebuie sa fie destul de putini fata de cei vechi astfel incat sa exista pacienti in diferite stadii de reabilitare, lucru care conduce la o dinamica echilibrata, subiectii aproape de sfarsitul programului reprezentand modelele sau provocarile pentru cei mai noi. Pe de alta parte, se stie ca participantii la terapia de grup sunt mai dispusi sa dezvaluie problemele lor intr-un grup constant decat atunci cand exista fluctuatie si mereu sunt figure noi in grup.

In general nimeni nu poate prezice cum membrii grupului se vor influenta reciproc sau longevitatea grupului, ea depinzand de factori variati

precum structura grupului care este de multe ori o variabila care scapa moderatorului, variabile demografice, prezenta personalitatilor accentuate sau a trasaturilor psihopate, etc. MacNair-Semands (2002)⁴ face o analiza factoriala a variabilelor gasite sa influenteze prezenta in grup si contureaza patru factori: trasaturi accentuate de dependenta interpersonală (frica de singuratate, frica de separare, sentiment de izolare si de neajutorare, etc), ostilitate-manie (persoane argumentative, lipsa de control, agresivitate verbala, etc.), inhibitie sau fobie sociala (timiditate, retractibilitate, lipsa de curaj, dificultati de socializare, sentiment de esec, etc.), slabiciune a eului (nevoie crescuta de aprobare, sensibilitate la critica, incapacitate de decizie, probleme de identitate, etc.).

Grupul terapeutic trebuie sa aibe unul sau doi facilitatori. Prezenta facilitatorilor aduce mai multe avantaje: creste obiectivitatea si autenticitatea discutiei, asigura continuitatea grupului, controleaza situatiile de criza (conflict, confruntare, manie, tacere), asigura pastrarea scopului si mentine constant transferul afectelor (Kanas si colab. 1988)⁵.

Se descriu cinci feluri de grupuri terapeutice pentru alcoolici (Weiss si colab, 2004)⁶: i) grupul psihoeducational in care facilitatorul sau liderul grupului joaca rolul de profesor furnizand grupului informatii despre riscurile consumului de alcool; ii) grupul de abilitati recuperatorii in care scopul este de a invata participantii tehnici cognitive si comportamentale de evitare a consumului; iii) grupul suportiv in care elemental terapeutic este interactiunea suportiva dintre membrii grupului; iv) grupul terapeutic, in care facilitatorul furnizeaza terapie individuala in fata grupului; v) terapie de grup care se adreseaza problemelor conexe alcoolismului, ca depresia, mania, anxietatea, probleme de relationare interpersonală.

In functie de formatul terapeutic, grupul poate fi de doua feluri: grup terapeutic directiv, orientat spre un anumit subiect sau tehnica si grupul non-directiv orientat mai mult spre discutie deschisa. Grupul terapeutic nondirectiv este ghidat in principal de catre participanti, iar facilitatorul joaca un rol activ doar atunci cand discutia tinde sa lancezeasca sau devine lipsita de semnificatie terapeutica. Facilitatorul controleaza grupul, porneste discutia, antreneaza subiectii pasivi sau noi, mentine o dinamica adecvata, previne confruntarea sau sentimentele negative. Astfel, facilitatorul determina ca fiecare participant sa vorbeasca despre starile lui emotionale, sa-si spuna opiniile, preocuparile, temerile sau esecurile. Facilitatorul trebuie sa incurajeze disputa subiectilor, dezbaterile si chiar confruntarea bazata pe argumente contribuind astfel la evidentierea mecanismelor de aparare a comportamentului de consum precum negarea, minimalizarea, externalizarea, proiectia, etc. Facilitatorul poate conduce discutia conform orientarii lui doctrinare (de exemplu, psihanalitic, existential, comportamental) dar in cazul subiectilor alcoolici se recomanda abordarea “acum si aici” care mentine focusul spre o problematica comprehensiva si la vedere.

Grupul terapeutic directiv este orientat permanent spre o anumita tematica a discutiei si facilitatorul nu numai ca urmareste si asculta discutia ci joaca un rol mult mai activ conducand grupul si ghidand dinamica lui. Facilitatorul se comporta ca un participant activ si exercita controlul asupra continutului discutiei mentinand permanent focusul discutiei. Si aici abordarea doctrinara a facilitatorului poate juca un rol dar abordarea comprehensiva si orientarea pedagogica este recomandata. Cele mai raspandite grupuri directive sunt cele care abordeaza modelele cognitive de modificare a expectantelor si schemelor ce intretin consumul de alcool si

cele comportamentale de evidentiare a situatiilor de risc si eviarea lor prin cresterea competentei de coping (Brook si Spitz, 2002)⁷. Grupul terapeutic directiv este destinat alcoolicilor care sunt incapabili de a mentine mai mult timp motivatia terapeutica.

In ambele formate terapeutice, facilitatorii pot utiliza diferite alte tehnici pentru a aduce valente terapeutice dinamicii grupului. Astfel se poate redacta o agenda a grupului privind temele abordate, se pot folosi tehnicile de "play-role", abordari specifice grupurilor de dezbatare sau imprumutate din psihodrama. Facilitatorul trebuie sa foloseasca acele tehnici care sa permita eliberarea sentimentelor, gandurilor sau opiniilor autentice ale subiectilor ceea ce conduce la construirea unui stereotip al exprimarii oneste in grup si demotiveaza pe cei care ar dori sa ramana la o conversatie superficiala ca expresie a defenselor preformate ale lor. Prin dinamica care se construiește pe baza liberei exprimari, grupul sfarseste prin a avea propriile atitudini, comentarii, pareri, optiuni fata de metodele de tratament care uneori pot fi chiar diferite de cele ale terapeutului subiectului. Aceasta nu constituie o amenintare fata de destinul terapeutic ale grupului, cel mai mare pericol ce pandeste grupul fiind maximalizarea fortelor negative, nonterapeutice, ce pot aparea la un moment dat precum ipocrizia, negarea sau lipsa de onestitate.

Pentru ca grupul sa aiba caracter terapeutic si sa nu ramana doar un simplu grup de discutie el trebuie sa aiba anumite atribute care trebuie dobandite in derularea dinamicii de grup. i) In primul rand subiectii trebuie sa accepte pe de-antregul participare la grup, cu alte cuvinte trebuie sa fie complianti fata de aceasta metoda; ii) apoi, ei trebuie sa manifeste o implicare de profunzime fata de scopul terapiei de grup, respectiv mentinerea abstinentei prin schimbarea modelului comportamental si prin

dobandirea controlului asupra consumului de alcool; iii) subiectul trebuie sa aibe expectante pozitive privind succesul terapiei de grup, asupra sanselor proprii de reabilitare si aceasta se va manifesta prin implicarea autentica in dinamica grupului, frecventa si sprijinul oferit celorlalti; iv) el trebuie convins ca adevaratele lui problemele nu sunt particulare ci sunt universal raspandite la alcoolici (lipsa controlului, ignorarea consecintelor, cresterea timpului pentru consum, neimplinirea obligatiilor); pe baza aceasta el poate impartasi fara jena trairile proprii si poate obtine un feedback adecvat de la ceilalti participanti; v) impartasirea acelasii probleme conduce la coeziunea grupului, la forjarea unui gen de solidaritate, de camaraderie care se extinde si dincolo de timpul alocat sedintelor de terapie; coeziunea grupului este vazuta ca o preconditionie a eficacitatii grupului³; vi) sedinta de sedinta, fluenta conversatiei devine mai mare, impartasirea problemelor si experientelor se face fara sentimentul de ridicol sau de anxietate si astfel subiectul invata sa-si exprime problemele, sentimentele si comportamentele; vii) impartasindu-si lucrurile intime el invita si pe ceilalti la aceeasi confesiune si astfel el se confrunta cu modele de reactie, scheme de gandire si se creaza premisele construirii unui nou mod de rezolvare a problemelor si spre o competenta sporita de coping cu triggerii de consum. Finalmente subiectul trebuie sa infatiseze beneficiile terapiei de grup intr-un context lipsit de ipocrizie, creat treptat in sedintele anterioare de grup. Cand Yalom, unul din cei mai prestigiosi terapeuti de grup, a fost intrebat care este cel mai important factor terapeutic in terapia de grup el a spus ca i se pare ca invatarea interpersonală este lucrul cel mai de pret ce se realizeaza in grup, acesta este procesul larg care cuprinde toate schimbarile pe care individual le sufera prin interrelatiile de grup³.

In final se poate spune ca un grup este terapeutic in masura in care permite unui subiect sa-si exprime emotiile si trairile si ii furnizeaza un feedback fata de acestea dandu-i astfel sentimentul ca nu este singur, ca trairile lui nu sunt unice si ca este acceptat ceea ce creeaza premisele cresterii stimei de sine si speranta in recuperare si imbunatatire a vietii lui emotionale.

Dupa initierea unui grup terapeutic, facilitatorul trebuie sa tina cont de ritmul intrarilor si iesirilor participantilor astfel incat balanta sa incline intotdeauna catre cei care sunt mai "vechi" fara ca acestia sa devina persoane stagnante. Desigur ca cel mai adecvat grup este cel care porneste si sfarseste cu aceiasi participanti. Aceasta precautie este legata in special de continuitatea dinamicii terapeutice a grupului. Este bine de reamintit ca la debutul lui grup terapeutic exista o faza de constituire caracterizata de o participare ezitanta sau chiar opozanta la crearea normelor grupului. Participantii incearca sa urmareasca facilitatorul, sa caute indrumarile lui, sa fie dirijati de el fara sa dezvolte initiativa sau sa creeze relatii autentice intre ei. Ulterior participantii trec printr-o faza caracterizata de conflicte, criticism, atacuri verbale, cautarea dominantei, constituirea unor ierarhii. In final grupul isi stabileste coeziunea si valentele terapeutice. Participantii gasesc acum aici, in grup, identitatea, intimitatea, afectiunea de care au nevoie pentru siguranta si onestitatea destainuirilor, sfaramarii defenselor si gasirii resurselor personale pentru reabilitare. Doar acum grupul a capatat valente terapeutice.

Castigarea dinamicii terapeutice se petrece atunci cand grupul, prin tranzactii libere sau dirijate mai mult sau mai putin de facilitator, ajunge sa-si dobandeasca un scop comun pentru membrii grupului, o cale pentru dobandirea acestui scop. Multi autori au studiat dinamica grupurilor

terapeutice si se considera ca grupul strabate un drum care s-ar putea descrie ca o calatorie de la haos la ordine, pentru ca in final sa se dobandeasca o structura. Tuckman si Jensen (1977)⁸ descrie patru faze pe care grupul le parcurge in dobandirea maturitatii si structurii: i) stadiul de formare caracterizat prin orientare, testare si dependenta; ii) stadiul de turbulenta caracterizat prin conflict si emotionalitate; iii) stadiul normativ cand se dezvolta coeziunea grupului si apar primele reguli si roluri si iv) stadiul de performanta in care apare o noua structura a grupului care ii permite sa atinga scopurile propuse.

Scopurile pe care grupul le poate dobandi sunt intelegerea comportamentului de dependenta, mai ales a ceea ce inseamna pierderea controlului consumului de alcool, ignorarea consecintelor si a responsabilitatilor, consumul de alcool ca modalitate de coping, expectantele commune ale alcoolicii si distorsionarea realitatii, abstinenta ca deznodamantul cel mai dezirabil si modalitatile probabile si posibile de initiere si mentinere a ei. Termenul ultim al astfel de program de terapie de grup ar putea fi dezvoltarea unui stil diferit de viata in care alcoolul sa nu mai joace nici un rol. Dupa alti autori (Litt si colab. 2003)⁹ si dupa experienta autorilor terapia de grup cognitiv-comportamentala de crestere a capacitatii de coping este una din cele mai eficiente tipuri de terapie de grup pentru alcoolici. Scopul acestui tip de terapie este de a dezvolta abilitatile de coping cu situatiile de consum de inalt risc. Aceste deprinderi de coping sunt cognitive si comportamentale prin natura lor. Subiectii sunt invatati diferite tehnici de recunoastere a cravingului, a pierderii controlului, a situatiilor de risc de consum, de evitare a acestora sau de a refuza consumul in situatii in care subiectului i se ofera sau i se sugereaza sa bea. La fel, subiectul este invatat sa-si controleze depresia, anxietatea, mania sau sa inteleaga si sa

dirijeze relatiile interpersonale si stresul in asa fel incat acestea sa nu mai reprezinte factori declansatori ai consumului. In capitolul de terapie cognitive si comportamentala cititorul va gasi suficiente modalitati tematice pentru a conduce o astfel de terapie de grup

Scopurile grupului terapeutic se creioneaza alziv la inceput, se neaga sau se resping ca treptat ele sa apara ca unica modalitate de rezolvare a problemei pentru care participantii au acceptat sa intre in program. In fazele incipiente participantii isi relateaza problemele si fiecare se identifica cu ceilalti si impreuna cu conceptul de dependenta de alcool sau de consum daunator de alcool. Confruntarea cu altii care experimenteaza acelasi probleme, care trec prin aceleasi vicisitudini, fac ca subiectul sa nu mai considere ca problemele lui sau situatia lui este unica, particulara si care nu merita infatisata pentru ca ceilalti nu au capacitatea de a-l intelege. Astfel ei inteleg ca exista un numitor comun al problemelor lor care inseamna craving, compulsie, pierderea controlului dupa ce consumul a fost initiat, bautul unei cantitati mai mari decat s-a intentionat, consumarea unui timp mai lung decat s-a anticipat, consumul in ciuda consecintelor negative, ignorarea responsabilitatilor si cerintelor, pierderea intereselor si renuntarea la activitati placute in favoarea bautului, toate insemnand nimic altceva decat expresia unei suferinte, a unei boli. Facilitatorul trebuie sa fie atent ca aceste probleme sa nu treaca in subtext in favoarea emotionalitatii de care acestea sunt colorate sau a rasunetului social si familial pe care acestea il au.

Lichtenberg si Knox (1991)¹⁰ au aratat ca frecventa cu care membrii grupului iau cuvintul este in functie de castigarea sentimentului de dominanta in grup, de multe ori un membru care se simte lider in grup ne mai considerand necesar sa vorbeasca despre el in grupul din care face parte.

Onestitatea grupului va duce si la demontarea mecanismului ce sustine consumul, respectiv la identificarea situatiilor ce initiaza consumul, care intr-adevar pot fi caracteristice unor subiecti, identificarea sentimentului de craving si a evolutiei lui temporale, evidentierea schemelor disfunctionale cognitive pe care se bazeaza asteptarile consumatorului (omnipotenta, bunastare, sexualitate crescuta, etc.), mecanismul contorsionat de luarea deciziilor, stilul atributiv de cele mai multe ori externalizat sau mecanismele de coping prizoniere consumului de alcool. Toate acestea sunt si responsabile de esuarile repetate a angajamentelor de sobrietate de care istoria alcoolicului este plina. Identificarea treptata sau spontaneitatea discutarii acestor aspecte conduce la descoperirea unor mecanisme de evitare a situatiilor de consum, minimalizarea acestora si construirea unor “tamponi” care sa neutralizeze compulsiiile, gandurile automate, atitudinile disfunctionale sau cravingul. Aceasta noua constructie sau structura este finalmente rezultatul grupului, negocierii, confruntarii si dezbaterii pe care grupul o face atunci cand ajunge la maturitatea terapeutica. Se ajunge in final la crearea premizelor pentru dobandirea abstinentei si pentru gasirea resurselor pe termen lung in sprijinul unei existente sobre. In esenta, dobandirea unui stil de viata sobru pe parcursul vietii grupului nu inseamna decat stabilirea unei prietenii mature prin care membrii grupului se sprijina reciproc dupa o lunga perioada de impartasire a unei emotionalitati comune, de experiente frustrante si de esecuri individuale. Ambivalenta cedeaza locul stabilitatii si resursele individuale sunt reintarite de reusitele celorlalti. In acest moment grupul si-a atins maturitatea iar viata reala ia loc terapiei.

Bibliografie:

¹ Barlow SH, Burlingame GM, Fuhriman A (2000): Therapeutic applications of groups: from Pratt's "thought control classes" to modern group psychotherapy, *Group Dynamics*, 4:115–34.

² Yalom ID (1985): *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, New York, Basic Books.

³ Overholser JC (2005): Group Psychotherapy and Existential Concerns: An Interview with Irvin Yalom, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35:185-197.

⁴ MacNair-Semands RR: (2002): Predicting Attendance and Expectations for Group Therapy, *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6, 219-236.

⁵ Kanas NK, Farrell D (1988): Group Psychotherapy, in HH Goldman (Ed.): *Review of General Psychiatry*, Appleton & Lange.

⁶ Weiss RD, Jaffee WB, Menil VP, Cogley CB (2004): Group Therapy for Substance Use Disorders: What Do We Know? *Harvard Review of Psychiatry*, 12:339–350.

⁷ Brook DW, Spitz HI (2002): *The Group Therapy of Substance Abuse*, The Haworth Press, New York.

⁸ Tuckman B, Jensen MC (1977): Stages of small group development revisited, *Group and Organizational Studies*, 2:419-427.

⁹ Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E (2003): Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71:118–128

¹⁰ Lichtenberg JW, Knox PL (1991): Order out of chaos: A structural analysis of group therapy, *Journal of Counseling Psychology*, 38:279-288.