UNIVERZITET CRNE GORE

FAKULTET POLITIČKIH NAUKA

STUDIJSKI PROGRAM: SOCIJALNA POLITIKA I SOCIJALNI RAD

Predmet: *Grupni socijalni rad*

SEMINARSKI RAD

*Grupna terapija u kućnom liječenju psihijatrijskih bolesnika*

Predmetni nastavnik: Studenti:

Dr Mehmed Đečević Teodora Vučinić 18/74

 Selma Halilović 18/76

 Anđela Plavšić 18/99

 Slađana Đinović 18/113

Podgorica, maj 2020.

[UVOD 2](#_Toc39535191)

[1.1. Građenje terapijske alijanse 3](#_Toc39535192)

[(susretanje porodične grupe i tima za kućno liječenje) 3](#_Toc39535193)

[1.2. Terapijska grupa u kućnom liječenju 4](#_Toc39535194)

[1.3. Psihodrama 6](#_Toc39535195)

[1.4. Specifičnosti konfrontacije u grupnoj terapiji 7](#_Toc39535196)

[1.4.1 Osobenost grupe 8](#_Toc39535197)

[1.4.2. Konfrontacija u terapijskoj zajednici 8](#_Toc39535198)

[1.4.3. Konfrontacija u grupnoj terapiji 9](#_Toc39535199)

[1.4.4. Značaj krize 11](#_Toc39535200)

[1.4.5. Grupa psihotičnih pacijenata 11](#_Toc39535201)

[1.4.6. Grupa neurotičnih pacijenata 12](#_Toc39535202)

[1.4.7. Grupa alkoholičara 13](#_Toc39535203)

[ZAKLJUČAK 15](#_Toc39535204)

[Literatura 16](#_Toc39535205)

# UVOD

Kako svaki vid liječenja ima svoje idejne koncepte koji ga opravdavaju, tako i kućno liječenje u prvi plan stavlja porodicu. Kućno liječenje psihijatrijskih bolesnika je vrsta porodične terapije, a nastalo je kao ekstenzija „ terapijske zajednice“ dobro organizovanih psihijatrijskih ustanova sa datog lokaliteta zahvaljujući pomenutom otvorenom pristupu pacijentu. Svojim konkretnim djelovanjem ova služba ima veće mogućnosti da utiče na porodičnu i užu sredinu da izmjene svoje stavove prema bolesnim članovima.

U daljem radu, biće više riječi o značaju građenja terapijske alijanse, kao i o psihodrami kao

jednoj karakterističnoj metodi, tj. metodi koja omogućava ispoljavanje osjećanja. Takođe, osvrnućemo se i na specifičnosti konfrontacije u grupnoj terapiji, a ujedno i na značaj krize kao situacije koja ugrožava ravnotežu sistema, zahtjeva otklanjanje uzroka ili promjenu odnosa u sistemu i uspostavljanje nove ravnoteže.

# 1.1. Građenje terapijske alijanse

#  (susretanje porodične grupe i tima za kućno liječenje)

 Efikasnost ekipe kućnog liječenja proizilazi iz sposobnosti praćenja pacijentovog emocionalnog stanja uz otvorenost, prirodnost i iskrenost u kontaktu sa pacijentom. Od medicinske sestre u ekipi kućnog liječenja zahtjeva se samostalnost, angažovanje, umirivanje, zaštita od agresije drugih, davanje podrške i objašnjenja. Socijalni radnik pronalazi najbolja rješenja socijalne zaštite pacijenta u okviru postojećih modela.

Zadatak ekipe kućnog liječenja moguće je realizovati spajanjem medicinsko-psihološkog i socijalnog modela djelovanja. Savremeni psihijatrijski tretman podrazumijeva maksimalno prilagođavanje liječenju pacijenta. Ova služba približava psihijatrijsko liječenje stanovništvu i reaguje na zahtjeve pacijenta što je moguće brže i na mjestu gdje se taj zahtjev pojavi. [[1]](#footnote-1)

Prednosti ovog liječenja ogledaju se u sledećem:

1. Brzo reagovanje i pružanje hitne pomoći u porodici u trenutku pogoršanja bolesti, čime se smanjuje broj hospitalizacija i rehospitalizacija;
2. Organizovanjem liječenja u kući omogućava se bolji uvid u patologiju porodice i pružanje odgovarajuće pomoći i drugim članovima porodice;
3. Liječenje u kući daje veće mogućnosti da se sagledaju i činioci sredine, koji mogu biti od značaja za tok i ishod bolesti;
4. Ekipa kućnog liječenja ima mogućnost da utiče na porodicu i socijalnu sredinu u izmjeni neadekvatnog stava prema bolesniku;
5. Kućno liječenje otvara i približava psihijatrijsku službu stanovništvu i pozitivno utiče na razvoj saradnje sa drugim zdravstvenim i socijalnim ustanovama

U zavisnosti od prilagođenosti pacijentu ovaj oblik liječenja može da bude jedini, ponekad uvod u bolničko liječenje ili nastavak tretmana. Formalno se odvija kroz povremene kućne posjete i rješavanje kriznih situacija, zatim kontinuirano tokom nedelje i mjeseca kao kućno liječenje i kroz nedeljne porodične seanse ili porodične grupe. Građenje terapijskog odnosa započinje još od prvih kontakata sa članovima porodice odnosno sa zainteresovanim pojedincima odnosno zainteresovanim porodicama. Podaci o bolesti sve su oskudniji i površniji kako se udaljavamo od porodice prema ostalim zainteresovanim članovima društva.

 Opšte je poznato da terapijska alijansa u grupnim procesima liječenja zavisi od nivoa saradnje između čitave grupe i pojedinih članova koji teže zdravlju, odrastanju i sazrijevanju uz pomoć terapeuta. U našem slučaju okolnosti su daleko složenije. Prije svega, nastanak terapijske grupe zavisi od učesnika iz porodičnog polja od kojih je jedan „žrtveno jagnje“ (bolesnik) i formalne grupe terapeuta koja, osim što je prisutna na osnovu autoriteta struke, u gostima je, kod uglavnom nepoznatih ljudi.

 O izuzetnog značaja je rad sa onim pacijentima koji su praktično pred prvim liječenjem, pred prvim susretanjem sa psihijatrom, ili kod onih gdje je eventualni početni neuspjeh u liječenju doveo do kriznog stanja sa povlačenjem u kuću. Kod takvih bolesnika postoje prilični potencijali za promjenu. Početak grupne terapije u ovim situacijama obilježava je, prije svega, suženim odnosno skučenim komunikacijama uz opšti otpor zvanično bolesnog i iscrpljenim mogućnostima ukućana za uspostavljanje uobičajnih odnosa. To se radi o porodicama koje od svojih početaka funkcionišu sa relativno niskim stepenom razumijevanja i povjerenja, posebno među roditeljima.

 Regresija od uzdržanosti, ili povlačenja do autizma, sa aspekta uspostavljanja terapijske alijanse, još je teža situacija. Tu postoje hronično nepovoljne komunikacije unutar porodice. Nivo pacijentove simbiozne zavisnosti od ukućana ili prostora prebivališta određuje osnovni tok procesa liječenja. Poremećena komunikacija unutar porodičnog polja najčešće predstavlja razmjenu ponašanja ili paradijalog a rezultati su u nesporazumima, napetoj atmosferi i prekidu odnosa.[[2]](#footnote-2)

 Preraspodjelom učešća pojedinih članova tima unutar kuće, omogućava se djelovanje u više pravaca, i to, naročito sa pozicija naizmjeničnog napadanja i zaštite bolesnika od strane pojedinih članova timske grupe. Osnovni tok je u pokušaju obezbjeđivanja prelaza zatečenih relacija u terapijsku simbiozu a na štetu već postignutog regresivnog utapanja unutar porodičnog polja.

# 1.2. Terapijska grupa u kućnom liječenju

 Nivo uspješnosti ostvarene komunikacije terapijske alijanse sa pojedinim porodicama, zavisiti i širina angažovanja u smislu grupnog rada. U odnosu na formalne aspekte, terapijska grupa u kućnom liječenju predstavlja malu grupu sastavljenu od članova porodice i terapijskog tima i ona se dinamički gradi na osnovu mnogih interpersonalnih odnosa.Takve grupe sastoje se od 6-8 članova.[[3]](#footnote-3)

 Nehomogenost se ogleda i u prisustvu različitih generacija tako da osnovna struktura male porodične grupe počiva na iznuđenoj koheziji koju pretežno oblikuje neka od „glava porodice" ili pak, sam bolesnik. Neki otpori u grupnom procesu su brojni i raznovrsni. Kreću se od različitih vrsta ometanja rada, preko težnji za izolacijom do direktnog izbacivanja ekipe iz kuće.

 Značaj grupnog rada u kućnim okolnostima je veoma popularan pa se izvode i jasne prednosti, a to su:

1. Bolje praćenje porodice
2. Smanjenje napetosti kod onih što rijetko napuštaju kuću
3. Saopštavanje tajni od strane ukućana
4. Poboljšanje i ponavljanje novih obrazaca ponašanja
5. Uključivanje porodice u socijalnu mrežu[[4]](#footnote-4)

Polovinu terapijske grupe sačinjavaju članovi tima. Oni, zajedno sa ukućanima koji su skloni promjenama, predstavljaju većinu u takvoj grupi što značajno podiže njenu srednju vrijednost. Koriste se različiti obrasci u odnosima koji podstiču neku vrstu drugarstva ili prijateljstva, od samog početka svako ponašanje se vrijednuje i naročito ističu pohvale ali se ukazuje i na neodgovarajuće obrasce zdravijih ukućana. Sposobnost minimalne tolerancije i spremnost da se povinuje zahtijevima terapijske grupe, prvi su znaci širenja socijalnog ponašanja pacijenata ka porodičnom polju i neposrednoj okolini.

Psihijatar je odgovoran da zaštiti bolesnog i druge osobe iz njegove okoline koje mogu biti oštećene bolešću. On mora da posjeduje dobar uvid u sopstvene doživljaje, stavove, i obrasce ponašanja; da zna njihovo interpersonalno značenje i djelovanje i da može sebi i drugima da objasni tterapijsku opravdanost korišćenih obrazaca, mora da stekne sposobnost da zaustavi interakciju na nivou prijema, bez ličnih reakcija jer bi u tom slučaju bilo nepovoljnih transfernih uticaja.

 Socijalna psihijatrija je naročito pokrenula preispitivanje uloga medicinske sestre i socijalnih radnika. U grupnoj terapiji medicinska sestra nema samo zadatak da ispoljava požrtvovanje, tiješenje, umirivanje, i zaštitu od agresije drugih, već i razumijevanje, davanje podrške i objašnjenja bolesniku.

 Profesionalna uloga socijalnog radnika je u pomaganju ugroženima s obzirom da poznaje mogućnosti relacija sa socijalnim strukturama, manjim ili većim grupama, a u okviru postojećih modela zaštite mentalnog zdravlja i socijalne sigurnosti.

 Teorijski osnova za uspostavljanje efikasnijeg terapijskog odnosa je da pacijent doživi terapeute kao ostatke dobrog objekta koji može bezbjedno asimilovati i bez straha da će biti oštećen. Samo u takvim uslovima on će moći da nauči da verbalizuje svoju ljutnju ili da se djelimično prilagode u odnosu na druge članove terapijskog tima. Za sve učesnike u terapijskom timu kao radnoj grupi karakteristične su razlike u odnosu na strukturu ličnosti, emocionalnosti, znanja, i iskustva.

 U heterogenoj populaciji pacijenata i njihovih porodica svu članovi tima treba da postignu nijansirani pristup zavisno od osobenosti patologije, kroz sledeće stavove:

1. Za uplašene – stav bez zahtijevanja;
2. Za sumnjičave i paranoidne pacijente – pasivno prijateljski stav;
3. Kod alkoholičara psihopata – činjenični stav za usmeravanje prema realnosti;
4. Za depresivne – ljubazno-čvrsti stav;
5. Za hronično šizofrene – aktivno-prijateljski stav[[5]](#footnote-5)

Grupna terapija kao vid liječenja u socijalno-psihijatrijskoj ekspanziji na porodično polje, je skoro neizbježna. Zahvaljujući njoj bolje možemo procijeniti odnose i uskladiti uloge pojedinih članova porodice, povećati srednju vrijednost grupe i konačno „žrtvovanom članu" odnosno bolesniku, pomoći u odvajanju i većoj socijalnoj samostalnosti.[[6]](#footnote-6)

# 1.3. Psihodrama

 Psihodramu, kao metod psihoterapije, razvio je dr Jakob Moreno, austrougarski psihijatar paralelno sa razvojem Frojdove psihoanalize u Beču početkom 20. vijeka. Morenova filozofija počiva na fenomenima spontanosti, kreativnosti i susreta. Naše spontanost i kreativnost mogu biti blokirane tokom (i zbog) različitih životnih okolnosti, a psihodrama nam pomaže da ih oslobodimo, otkrivajući nove oblike osjećanja, mišljenja i ponašanja.

 Psihodrama je prije svega grupna terapija, ali se može primjeniti i individualno. Dakle, osnovu za ovaj oblik grupne psihoterapije predstavlja ideja da neurotski konflikti ne treba da budu prepričavani, i preživljavani samo u riječima, već da ih u punoj mjeri treba iživjeti, ispoljiti djelovanjem (acting-out) u akciji.[[7]](#footnote-7)

 Moreno o psihodrami kaže: ,,Psihodrama počinje sa razgovorom između bolesnika i psihoterapeuta. Čim bolesnik počne opisivati jednu konkretnu situaciju u kojoj se nalazi u odnosu na svoju okolinu, terapeut treba da ga odvede na pozornicu (platformu oko koje sjede drugi bolesnici, terapeut, i njegovi pomoćnici)“.[[8]](#footnote-8)

 Tada slobodna asocijacija postaje slobodna radnja. Na vrhuncu radnje, koja je puna sukoba, terapeut koji intenzivno prati tok psihodrama traži da se uloge izmjene, progonjeni igra progonitelja, sin oca, obeshrabreni onoga koji ohrabruje itd. Ponašanje onog drugog oponirujućeg protivnika postaje lični doživljaj.

 Kroz psihodramu, klijenti se podstiču da na improvizovanoj pozornici, uz pomoć članova grupe, odigraju različite scene iz svog života, koristeći verbalnu i neverbalnu komunikaciju, odnosno, govorni jezik i jezik tijela. Ne postoji dramski tekst, već se odigravaju prizori iz života čovjeka, onako kako ih on doživljava, kao da se dešavaju ''sada i ovdje''. Takav pristup omogućava i ispitivanje zabranjenih, bolnih i traumatičnih iskustava.

 Psihodrama predstavlja jednu karakterističnu metodu, tj. metodu koja omogućava ispoljavanje osjećanja.[[9]](#footnote-9) Emocije se aktiviraju, dolazi do njihovih „prelivanja“ jer su do tada možda bile nesvjesne, ili prigušivane. Ponovno oživljavanje starih, ali nerazriješenih konflikata ne predstavlja samo ponavljanje nego dovodi do oslobođenja.

 Odnosno ,u psihodrami je moguće sve. Istražuju se i one situacije koje se nisu dogodile, a mogle su se dogoditi, susreti sa onima koji nisu tu. Moguće je prikazati i: uspomene na određene događaje iz prošlosti, nepotpuna sjećanja, nedovršene situacije, unutrašnje drame, fantazije, snove, pripremanje za suočavanje sa budućim važnim situacijama, možemo biti u ulozi ''Boga'', razgovarati sa umrlim, tražiti razvod, voljeti koga inače ne smijemo, reći sve u lice pretpostavljenom, itd. Ova skrivena dimenzija doživljaja naziva se ''surplus realnost'' - više od realnosti, ekstra dimenzija realnosti.

Mnoge Morenove psihodramske tehnike danas su standardni dio psihoterapije, dramske terapije, teorije uloga, itd.. Pored već navedene, surpus realnosti, koriste se i druge tehnike, kao što su: zamjena uloga, ogledanje, konkretizacija, pojačavanje i monolog.

 Moreno objašnjava: ,,Počinje grupno-terapijski dio sastanka, ljudi počnu jedno drugom da iznose svoja osjećanja, potkrepljuju to svojim ličnim doživljajima koja su imala sličnu sadržinu. Tako postižu svi članovi grupe jednu novu vrstu katarze „grupnu katarzu“[[10]](#footnote-10) Oni koji su direktno pogođeni oslobađaju se i bivaju „pročišćeni“ od sukoba osjećaja koje ih muče.

 Kao faze psihodramske terapije razlikujemo:

1. zagrijevanje,
2. akcija, (prorada) i
3. sharing (razmjena, podjela osjećanja)

Prvi cilj zagrijevanja u psihodrami je buđenje spontanosti, ali cilj zagrijevanja je i priprema grupe za psihodramsku akciju, podsticanje kohezije i pokretanje pojedinih članova grupe za lični rad u psihodrami. Psihodramska akcija je centralna faza seanse u kojoj protagonista, uz pomoć terapeuta i drugih članova grupe, prorađuje izabrani lični sadržaj. Akcija često polazi od neke aktuelne situacije da bi se potom, kroz nove scene, tragalo za korijenima konflikta, tako da se psihodrama spiralno spušta ka ranim fazama života. U psihodramskoj akciji se ostvaruje tzv. akcioni uvid. To je kognitivni scenski uvid praćen snažnim emocionalnim angažmanom. I kao završna faza psihodramske seanse je razmjena emocija i iskustva u kojoj članovi grupe razmjenjuju svoj lični doživljaj vezan za događaje koji su se odvijali na sceni. Ovde se izbjegava savjetovanje i analiza, a insistira se na razmjeni osjećanja i ličnog iskustva.

 Grupe se formiraju od osoba relativno bliskih po godinama i problemima koje doživljavaju. Član grupe može biti svako ko je u stanju da kontroliše svoje agresivne i seksualne impulse tako da svojim ponašanjem ne ugrožava druge.

Psihodramatičari trebaju imati i neke specifične etičke principe profesionalnog vođenja pshihodrame. Danas svaka psihoterapijska asocijacija dužna je da ima svoj etički kodeks, međutim nerijetko on ostaje „mrtvo slovo na papiru“. [[11]](#footnote-11)

Osobe koje se edukuju za psihoterapeute, takođe moraju proći ličnu terapiju. Rad u grupi doprinosi povećavanju kapaciteta za recipročnost u odnosima, bliskost, intimnost, kroz učenje da komuniciramo na način koji nam omogućava da se zauzmemo za sebe, ne ugrožavajući druge. Na osnovu stečenog iskustva na grupi, pojedinac odlučuje na koje načine će rješavati svoje životne izazove u životu van grupe. Stoga je grupa mikrokosmos - ogledalo našeg funkcionisanja i odnosa sa drugim ljudima u svakodnevnom životu. Dolaskom na grupu, svaki član stiče svijest o uzajamnosti.

# 1.4. Specifičnosti konfrontacije u grupnoj terapiji

 Psihoanalitička opredijeljenost usmjerava konfrontaciju prema pojedinačnom pacijentu, da bi on obratio pažnju na ideje i osjećanja koja su eksplicitna ali ih nije svjestan, ili odbija da ih prizna i prihvati. Dakle, vještina terapeuta se potvrđuje izborom onih podataka koji će konfrontacijom ukazati na konflikte u oblasti, mehanizme odbrane, kontradiktorno reprezentovanje selfa i objekata i smanjenu svijest o realnosti.

 Socioterapijska opredijeljenost usmjerava konfrontaciju na interpersonalne odnose, što prerasta u kauzalitet povratnih sprega. Na ovaj način se u praksi ostvaruje prelaz na ponašanje i na primjenu opšte teorije sistema. Ovde se konfrontacija primjenjuje da se ljudi suoče sa načinom da ih drugi ljudi vide, odnosno jedan od najefikasnijih načina za konfrontiranje je kada se koriste podaci koje daje druga osoba.

## 1.4.1 Osobenost grupe

 Specifičnost konfrontacije u terapijskoj grupi proizilazi iz njenih osobenosti. Grupa je sposobna da razvija kohezivnost, što član grupe doživljava kao osjećanje pripadnosti. Dakle, kohezivna grupa prihvata pacijenta i pruža mu podršku, obezbijeđuje poštovanje i podstiče samopoštovanje što motiviše člana da ostane u grupi i da učestvuje u grupnom radu.

 Grupa obezbjeđuje uslove za socijalno poređenje i realnost za svoje članove, podstiče i istovremeno kontroliše ponašanje i emocionalne reakcije.

 Za sagledavanje konfrontacije u terapijskoj grupi neophodno je odrediti značenje vertikalne i horizontalne dimenzije.

1. Vertikalna dimenzija je regresivna i podrazumijeva ponavljanje odnosa sa primarnim objektima, tj. uspostavljanje transfera.
2. Horizontalna dimenzija podrazumijeva aktualno grupno zbivanje, sadašnjost i realnost.[[12]](#footnote-12)

Sadržaj i cilj konfrontacije proizilaze iz oslanjanja na jednu od ove dvije grupne dimenzije. Vertikalna dimenzija je pretežno usmjerena prema pojedincu u grupi, prema njegovoj prošlosti i intrapsihičkim sadržajima. Horizontalna dimenzija je pretežno usmjerena prema grupi, prema sadašnjosti i interpersonalnim odnosima. Grupa podstiče horizontalnu dimenziju, što se ispoljava i kroz termin: konfrontacija sa realnošću.

Kao psihički mehanizmi na koje se može primjeniti konfrontacija u terapijskoj grupi navode se:

1. Poricanje
2. Povlačenje
3. Razdvajanje(splitting)
4. Projekcija[[13]](#footnote-13)

Za ove mehanizme može se obezbijediti dostupnost svijesti, značajan stepen konkretizacije i interpersonalnosti, kao i uspostavljanje kauzalnosti u sadašnjosti. Međutim konfrontacija se teže primjenjuje na one mehanizme koji nisu dostupni svijesti, nemaju dovoljan stepen konkretnosti, koriste simbolička ispoljavanja i ne mogu se svesti na sadašnjost vremenski razdvojene kauzalnosti.

## 1.4.2. Konfrontacija u terapijskoj zajednici

 Terapijska zajednica Džonsovog tipa, koja prima pacijente sa poremećajima ličnosti, dostigla je značajne uspjehe u terapijskoj primjeni konfrontacije sa realnošču. To je bitan elemenat ideologije, socijalnog učenja i rješavanja kriza. Na sastancima terapijske zajednice pacijentu se neprekidno "vraća" efekat, ili tumačenje kako je njegovo ponašanje djelovalo na druge.

 Kako može doći do pretjerivanja, usljed shvatanja da konfrontacija nikada ne može biti pogrešna, ukoliko se istinito saopšti - zato što se ti ponašaš tako, ja osjećam, ili reagujem na taj način, postavlja se pitanje “Da li ovako objašnjenje potvrđuje da je to konfrontacija sa realnošću?“ To je više usklađivanje subjektivnih doživljaja i stavova članova te grupe u tom momentu, zato je prihvatljiviji termin: konfrontacija licem u lice.[[14]](#footnote-14)

## 1.4.3. Konfrontacija u grupnoj terapiji

 Usljed široke primjene principa terapijske zajednice i socijalne psihijatrije koja je doprinijela današnjoj čestoj primjeni metoda konfrontacije u grupnoj terapiji, mogu se navesti i sledeći uzroci:

1. Sve veća raznovrsnost primjenjenih metoda grupne terapije
2. Raznovrsnost populacije pacijenata koji se uključuju u grupnu terapiju
3. Postupna izmjena ili ublažavanje cilja grupne terapije
4. Mijenjanje ponašanja i stavova terapeuta i načina vođenja grupa.

Terapeuti imaju sve više teorijskog znanja i iskustva. Odustaju od permisivnosti i nedirektivnosti i nasuprot ranijoj indiferentnosti, ili "vrhunskoj" toleranciji za neprikladno, kroz konfrontaciju se odražavaju terapeutovo pošteno angažovanje i staranje za pacijentovu emocionalnu realnost.

U vođenju grupe odustaje se od teorijski opravdanog profesionalnog stava, jer se tako smanjuje distanca od grupe i olakšava neposrednost. Odnosno, neophodan je optimalan spoj prijateljskog i profesionalnog ponašanja kojima će terapeut usmjeravati grupu. Terapeut treba da prihvati grupni način funkcionisanja i da postepeno nameće svoj, da bude konformista i devijant. Samo ovako terapeut može da se uključi u grupni proces, da odredi grupnu realnost i mogućnosti pojedinaca i cijele grupe. Dakle, nije dovoljno da razumije, več i da govori jezikom grupe, da bi grupa razumijela njega, da bi ga doživjela kao "jednog od nas" i kao "boljeg od nas". On je bolji po efikasnom grupnom ponašanju, po sposobnosti komuniciranja, pa i po spremnosti da o sebi govori otvoreno i pošteno, da bi postao model dobrog člana grupe.

 Ovakav stav terapeuta olakšava primjenu konfrontacije u terapijskoj grupi. Pokretanje ili dopuštanje konfrontacije traži od terapeuta da procijeni:

1. Stepen grupne kohezivnosti, jer se kroz to prelamaju:
	* 1. integrisanost pacijenta i terapeuta u grupi,
		2. intenzitet osjećanja prihvaćenosti svakog člana grupe,
		3. potpora koju grupa obezbjeđuje učesnicima u konfrontaciji.

Intenzivnija konfrontacija traži jasnije pokazatelje potpore i grupne stabilnosti, i pored jasnih razlika među članovima grupe, da bi bila efikasnija.

1. Kakve efekte može imati konfrontacija na pacijenta? Može se očekivati bolja intrapsihička integracija kada se djeluje po vertikalnoj dimenziji, ili se može očekivati njegova bolja interpersonalna integracija kada se djeluje po horizontalnoj dimenziji, što poboljšava i integraciju cijele grupe.[[15]](#footnote-15)

Konfrontacija se koristi kada terapeut pretpostavlja ugroženost grupne kohezije ili pojedinaca, kada se javljaju smetnje u terapijskom toku. Konfrontacija podrazumijeva takvo rješenje koje će održati grupu, obezbijediti uslove za dalju djelatnost, uz ulaganje napora da svi učesnici imaju što veće koristi u terapijskom smislu, kao i što manje štete u datom trenutku.

Jedan od značajnih momenata za primjenu konfrontacije jeste pojava "prikrivenih poruka" (hidden agenda). To predstavlja vrstu grupnog otpora, ali je terapeut i dalje uključen u grupnu dinamiku i treba da prepoznaje smetnje u komunikacijama i latentni sadržaj da bi usmjerio grupu na konfliktnu temu.

 Primjena konfrontacije u grupi olakšava se samootkrivanjem (self disclosure) pojedinih članova. Samootkrivanje se može odvijati:

1. spontano
2. na podsticaj terapeuta
3. može biti u skladu sa grupnom situacijom
4. može biti u skladu sa jasno određenim programom liječenja, kada dobija naziv "predstavljanje".[[16]](#footnote-16)

 Treba praviti razliku između konfrontacija koje se primjenjuju u skladu sa aktuelnom situacijom u grupi i sa stanjem pacijenata, i onih koje se primjenjuju u sklopu određene teorije i fiksiranog programa liječenja. Zbog ovoga mora da postoji značajno poklapanje metoda liječenja i pacijenata. Svaki pacijent koji odudara od prosjeka može biti više ugrožen ili manje povrijeđen, konfrontacijom. U oba slučaja efekat nije povoljan.

 Najnepovoljnije oštećenje nastaje kada proces predstavljanja i grupna konfrontacija ugroze i intrapsihičko i interpersonalno do psihotične dezintegracije, kao nepovoljnog spajanja vertikalne i horizontalne dimenzije.[[17]](#footnote-17)

 Konflikt u terapijskoj grupi nastaje

1. kada postoji nesklad između ličnih i grupnih potreba i ciljeva
2. kada postoji problem prihvatanja, dopadanja, naklonosti (posebno zbog transferno prebojene situacije i terapijski nekorisnog rivaliziranja)
3. zbog moći i načina primjene
4. zbog neusklađenog ponašanja članova grupe, uključujući vođu
5. zbog donošenja odluka[[18]](#footnote-18)

 Terapeutova procjena određuje da li će se konflikt održavati na periferiji grupnih zbivanja, ili će se primjeniti konfrontacija.

## 1.4.4. Značaj krize

 Kriza predstavlja situaciju koja ugrožava opstanak. Svaka konfrontacija može dobiti obilježje krize. Kriza ugrožava ravnotežu sistema, homeostazu, zahtjeva otklanjanje uzroka ili promjene odnosa u sistemu i uspostavljanje nove ravnoteže. Kriza može izazvati regresiju ili dezintegraciju, može biti potpuno ili djelimično rješena, može podstaći razvoj i učenje svih koji učestvuju u krizi.

 Osnovni principi za rešenje krize su:

1. Konfrontacija licem u lice - neophodno je da učestvuju svi učesnici u kriznoj situaciji, a zbog poremećaja komunikacija među njima neophodno je učešće neutralne osobe u koju učesnici imaju povjerenja. Ako je učesnik u krizi ne uzme učešće u konfrontaciji, ne može se korigovati njegovo ponašanje.
2. Uvremenjenost je veoma važna za efikasniju primjenu konfrontacije. Neophodno je procijeniti kada su osjećanja učesnika optimalna za konstruktivno učešće i prihvatanje promjena. Odlaganje konfrontacije omogućava rješenje koja ne moraju biti u skladu sa grupnim ciljem.
3. Vješto, neutralno vođstvo nikako ne treba shvatiti kao pasivnost. Neutralnost podrazumijeva što objektivnije vrednovanje podataka, ali je vođa veoma angažovan da održi kohenzivnost grupe i usmjerenost prema cilju. Od značaja je aktiviranje i onih koji nisu emocionalno upleteni u krizu.
4. Otvorena komunikacija obezbjeđuje sagledavanje uzroka i rejšenje krize. Veća kohenzivnost, veća potpora i veće osjećanje pripadanja olakšavaju ispoljavanje veoma bolnih i neprijatnih sadržaja i osjećanja.
5. Prikladan nivo osjećanja obezbjeđuje dovoljno angažovanosti učesnika i spremnost za mjenjanje. Visok nivo emocija može osujetiti objektivnosti i saradnje svih učesnika, pa i izazvati pravu eskalaciju emocija sa gubitkom neutralnosti terapeuta.
6. Spremnost učesnika u krizi da preispitaju svoje uloge, da odgovore otvoreno, da slušaju druge, da žele mijenjanje, ali i dalje pripadanje grupi.[[19]](#footnote-19)

Aktivnosti članova grupe u konfrontaciji može biti u direktnoj srazmjeri ”grupnom narcioidnošću”. Iza ovoga stoji zahtjev grupe da pacijent postigne što veću sličnost sa svim ostalim članovima. Konfrontacija i pritisak zahtjevaju konformiranje. Ne može se reći da je konfrontacija uspješna ako se samo iznudi formalno slaganje i podređivanje. To onda može prerasti u odbranu od zahtjeva za značajnim promjenama i za osmišljenim aktivnim učešćem u postizanju grupnog i individualnog cilja.[[20]](#footnote-20)

## 1.4.5. Grupa psihotičnih pacijenata

 Psihoza je psihički poremećaj kod koga je primarni simptom prisutni otuđenje pacijenata od realnosti. Ogledaju se u poremećenom kontaktu ili čak prekidu kontakta sa stvarnošću, dubokim poremećajem opažanja, emocije , mišljenja i ponašanja. Psihotičnoj osobi često nedostaje uvid u sopstvenu bolest, pa stoga bolesnik vjeruje da nije on bitno poremećen, već njegova okolina.

 Psihoze se najčešće dijele u dvije grupe: propratne ili organske i endogene odnosno funcionalne. Propratne psihoze nastaju kao izaz nekog organskog oboljenja ili poremećaja, na primjer kod malarije, poremećaja neke žlijezde, alkoholizma itd. Kako su ove psihoze sekundarnog karaktera, one nestaju ako se ukloni osnovna bolest ili poremećaj, pod uslovima da je osnovno oboljenje izliječivo. Te psihoze se zato i nazivaju organske, jer imaju organsku osnovu. Drugu grupu čine funcionalne psihoze. Smatraju se da u njihovom nastajanju važniju ulogu imaju urođeni i nasledni faktori, ali isto tako i cjelokupan sistem socijalizacije i činioci sredine. Jedna od funcionalnih psihoza je šizofrenija. Šizofrenija je mentalni poremećaji koji se karakteriše naglim prekidom misaonog procesa i veoma emotivnom reakcijom. Kod šizofrenih pacijenata gdje se konfrontacija primjenjuje radi poboljšanja odnosa pacijenata prema bolesti, liječenju i realnosti. Aktivnosti terapeuta obezbjeđuje klarifikaciju i konfrontaciju sa psihotičkim simptomima, obraćajući se i pacijentu i grupi. Terapeut povezuje sadžaje koji se dobiju od više pacijenata i svoju komunikaciju usmjerava u “grupni prostor”. U kasnijim fazama može doći do učešća poboljšanih pacijenata u konfrontaciji. Na primjer, kada neki pacijent “napadne” terapeuta, poboljšani ga mogu zaštiti ili mogu napasti “napadača”. Vještina terapeuta je u tome da izdrži agresiju.[[21]](#footnote-21) U grupu psihotično depresivnih pacijenata konfrontacija sa bolešću odvija se kroz poređenje stanja starih i novih članova. Terapeut u početku ”proziva” pacijente koji mogu da smanje vrijednost depresivnih i suicidalnih sadržaja. Kasnije se poboljšani samoinicijativno konfrontiraju sa pacijentom u lošem stanju, što predstavlja naučni obrazac. Grupa depresivnih se konfrontira sa pacijentom histerično-narcističkog tipa koji terapeuta traži suviše za sebe, pa je to razlog što se ovakvi pacijenti manje održe u grupi.

## 1.4.6. Grupa neurotičnih pacijenata

 Neurotični poremećaji ili neuroze su lakši psihički poremećaji kod kojih je za određeno vrijeme smanjena sposobnost snalaženja u pojedinim situacijama i prilagođavanja ljudima. Neuroze se ispoljavaju u različitim oblicima subjektivnog trpljenja kao i poremećajima ravnoteže sa sobom i spoljnjim svijetom, a da pritom ne dolazi do kvalitativnih izmjena u doživljanju sopstvenog „ja“ i u doživljavanju objektivne realnosti.

Osnovu neuroze čine neurotični konflikti, poseban intrapsihički nesvjesni sadržaj koji rađa anksioznost “dinamičko jezgro svih neuroza“. Simptomi u neurozi izraz su neurotičkih konflikata, a ne primarna osnova, suština i sadržaj neuroze. Dijagnozu neuroze zato treba zasnivati, prije svega, na neurotičnom konfliktu, a tek potom na simptomima. Neuroza je izraz ranog oštećenja ličnosti, kada i nastaje intrapsihički konflikt, pa stoga neurotičar ima tipčnu anamnezu koja otkriva rano ispoljavanje neurotičkih manifestacija karakteristčnih za određeni period razvoja i sazrijevanja. Ovi pacijenti posjeduju neurotičku stukturu ličnosti koja se odlikuje fiksiranošću ili tendencijama ka fiksiranju neurotičkih konflikta kao i iracionalnim stavom prema njemu.

 U grupi neurotičkih pacijenata dinamika je veoma složena, posebno zbog istovremene individualne psihoterapije. Ovdje se najviše miješaju vertikalna i horizontalna dimenzija. Individualni tretman ponekad olakšava pojavu otpora grupi. Suprostavljajući se konfrontaciji koju su pokrenuli drugi pacijenti, zbog neprikladnog ponašanja prema članu grupe, pacijent kaže da to nije bilo svjesno i dodaje: ”A ako je nesvjesno, to zna samo moj doktor”[[22]](#footnote-22) Ovi pacijenti prihvataju bolest i liječenje često samo formalno, konfrontacija treba da otkloni otpore i podstakne spremnost na mijenjanje. Konfrontacijom često treba otkloniti otpor zbog jasne sekundarne dobiti. U ovakvim slučajevima i depresivni neurotičari mogu postati veoma agresivi prema terapeutu. Članovi grupe dobro mogu osjetiti otpore drugih pacijenata i njihovo saopštenje se lakše prihvata, čak i kada preraste u zahtjev.

## 1.4.7. Grupa alkoholičara

 Alkoholizam je bolest od koje pati i pojedinac i društvo, bolest na koju ne obraćamo dovoljno pažnje, mada je njena rasprostranjenost i štetnost veoma značajna. Razvoj alkoholizma prolazi kroz određene faze, koje imaju svoju karakteristične znake koji određuju fazu. Tako razlikujemo sledeće faze:

1. Faza umjerenog pijenja
2. Trening faza
3. Pretoksikomanska(predzavisna)faza
4. Psihička zavisnot
5. Toksikomanska faza

 Faza umjerenog pijenja je faza gdje ljudi koji piju alkohol su u riziku da jednog dana postanu alkoholičari. Da li će se to desiti i kada, ne može se odrediti, ali rizik postoji.

 Ni treninig faza se ne smatra fazom zavisnosti. To je u stvari jedan prelaz između faza umjerenog pijenja i zavisnosti. Osoba i dalje pije umjereno, ali joj se dogodi da se povremeno napije u nekoj situaciji. Ove dvije faze ne zahtijevaju stručno-medicinsku pomoć, ali treba povećati opreznosti što se pijenja alkohola tiče.

 Glavna odlika pretoksikomanske faze je povećanje tolerancije i psihičke zavisnoti. Povećanje tolerancije je pojava da alkoholičar može da „podnese“ veću količinu alkohola nego ranije. Ova pojava se razvija postepeno, tako da alkoholičari „privikavaju“ organizam na sve veće i veće količine alkohola.

 Trajanje psihičke zavisnosti ili oslanjanje na efekat alkohola je potreba alkoholičara radi olakšanja fizičkih ili emocionalnih bolova.

 Poslednja faza je toksikomanska zavisnost od alkohola. Nju karakterišu gubitak kontole, zatim alkoholna amnezija. Kada je riječ o alkoholnoj krizi, javljuju se pacijentima koji ne piju duži vremenski period. Mogu se javiti i tokom liječenja.

Krize se ne javljaju obavezno, ali su moguće. One su obično pokazatelj da se alkoholičaru javlja želja za propijanjem, ili ako se dogodi tokom terapije, znak su ozbiljnih otpora liječenja i imaju svoj terapijski uzrok.

Razlikujemo dvije vrste krize:

1. Otvorena
2. Zatvorena

 Otvorena kriza se manifestuje otvorenom željom za pijenjem (tokom ljetnjih vrućina želja za hladnim pivom). Dobro liječenje pacijentata, lako je savladiva uz pomoć postupaka u rješavanju krize, koje se nauče tokom terapije i sastoje se iz sedam koraka. Posebne vrste otvorene krize su snovi o prijenju. Za razliku od otvorene, zatvorena kriza je složenija. Kod nje ne postoji otvorena želja za pijenjem, već se manifestuje kroz psihičke probleme (nervoza, napetost) i tjelesne smetnje (glavobolja, muke, povraćanje).

 Grupa alkoholičara veoma brzo obezbjeđuje osjećanje pripadanja svojim članovima, što podrazumijeva izrazitu grupnu kohezivnost. Ovo se potvrđuje i brzim nastajanjem ”pseudokohezivnosti”.[[23]](#footnote-23) Psihološki je to prava kohezivnost, ali je antiterapijska, jer njeguje alkoholizam. Ovakav oblik grupnog otpora isključuje terapeuta iz grupne dinamike, smatrajući ga strancem i drugačijim od svih ostalih članova grupe. Pseudokohezivnost se osujećuje izrazito aktivnim stavom terapeuta i postojanjem”zdravog jezgra” u grupi. Za brži ulazak u tretman i smanjivanju negativnih posljedica alkoholizma značajna je i podrška društvene zajednice i edukacije zavisnika i cijele porodice.[[24]](#footnote-24)

U programima liječenja alkoholizma konfrontacija se izrazito olakšava strukturisanim predstavljanjem i učešćem supruge ili drugih saradnika u grupnoj terapiji. Da bi pacijent prihvatio liječenje, počinje se od prihvatanja bolesti. Neophodno je konfrontirati gas a poremećajima ponašanja i odnosa, kao i sa drugima posljedicama bolesti, a to je mnogo lakše u prisustvu supruge. Ponekad je neophodno da konfrontacija preraste u napad, sa ciljem da se dovede u krizu sistem ličnosti, ili sistem porodičnih odnosa, a kojim se održava alkoholičarsko ponašanje, kako bi se obezbjedili uslovi za učešće u liječenju i za preusmjeravanje sistema. Istovremeno se obezbjeđuje potpuna potpora, uz uslov da pacijent prihvati principe grupe, tj. liječenja. ”Predstavljanje” je vremenski i sadržinski određeno u programu liječenja. Supružnici pripremaju anamnezu bolesti i života, a to je analiza alkoholičarskog sistema. To mora odgovarati principima liječenja i primjenjenoj koncepciji bolesti. Ako predstavljanje nije dobro, ako supružnici ne prihvataju bolest, onda konfrontacija postaje više napad, sa ciljem da “demaskira”.

 Konfrontacija se primjenjuje za cijelo vrijeme liječenja , ali je u skladu sa fazom liječenja, stanjem i načinom učešća pacijenata, tj. supružnika. Tek na osnovu ovoga može se očekivati potpuno mijenjanje sistema interpersonalnih odnosa, što obezbjeđuje mijenjanje cjelokupnog ponašanja, odnosno načina života.

Takođe, i Arnold M. Washton piše o prednostima grupne terapije u liječenju alkoholičara. To su prihvatanje i podrška od strane drugih , nalaženje uzroka u članovima koji dugo ne piju, sticanje identiteta, učenje discipline kroz poštovanje normi i granica ponašanja, edukacija o alkoholizmu, dijeljenje istih problema drugima, dobijanje informacija o liječenju.[[25]](#footnote-25)

# ZAKLJUČAK

 Kako snažna terapijska alijansa predstavlja najpouzdaniji predznak uspješne terapije, značajnija je i od terapijskog pravca i tehnika koje se koriste u radu, i ona se uspostavlja na prvim seansama. Terapijska alijansa u grupnim procesima liječenja zavisi od nivoa saradnje između čitave grupe i pojedinih članova koji teže zdravlju, odrastanju i sazrijevanju uz pomoć terapeuta.

 S tim u vezi, veoma je bitno da terapeut za svaku aktivnost u grupi, a posebno za konfrontaciju mora da shvati trojstvo svoje uloge:

1. da je član grupe
2. da usmjerava grupu prema određenom cilju
3. da se stara za svakog člana grupe

On određuje zahtjeve, ali i granice. Terapeut mora, zbog toga, da i samom sebi postavlja granice. Konfrotacija smanjuje psihološku distance među članovima grupe, kao i profesionalnu distancu terapeuta prema drugima. Terapeut lakše postaje nesposoban, ali istovremeno lakše može da izgubi granicu za sopstveno ponašanje. Vještina terapeutova održava se u tome da, po iskustvu i procjeni trenutka, obustavi konfrontaciju, što moeže imati povoljniji efekat.Konfrotacija ne smije biti napad na pacijenta sa ciljem da se on odbaci. Terapeut tokom sastanka treba da obezbjedi zadovoljavajuće razrešenje za grupu. Konfrotacija ne treba da započinje na kraju sastanka, jer se ne mogu odrediti dužina i ishod, a bez obzira na ishod konfrotacije grupni sastanak treba uvijek završiti prihvatljivim emocionalnim rasterećenjem. Nepovoljno je ako konfrotacija postane ritual ili šablon. Ne može se odvijati na isti način u raznim grupama, niti u istoj grupi sa raznim pacijentima. Tako se gube osnovno obilježje autentičnosti i prilagođenosti pacijentu i opštoj grupnoj situaciji. Dobro vođena je jedino ona konfrotacija u kojoj se odvija koristan stepen prilagođenosti terapeuta pacijentu i grupi.

# Literatura

Dedić, Čalovska-Hercog, Petović, Vukosavljević, Đurić, *Sloboda i psihoterpija*-zbornik rezimea, Beograd, 2019

Slađana Dragišić Labaš, *Značaj psihoedukacije u liječenju alkoholizma sistemskom porodičnom terapijom*, Izvorni naučni članak, Filozofski fakultet Beograd, Beograd, 2009

Petrović, Sedmak, Ćorić, *Metode grupnog socijalnog rada*, Beograd, 2005

1. Petrović, Sedmak, Ćorić, Metode grupnog socijalnog rada, Beograd, 2005,str. 194 [↑](#footnote-ref-1)
2. Ibid.str.195 [↑](#footnote-ref-2)
3. Ibid.str.196 [↑](#footnote-ref-3)
4. Ibid.str.197 [↑](#footnote-ref-4)
5. Ibid.str.198 [↑](#footnote-ref-5)
6. Ibid.str.199 [↑](#footnote-ref-6)
7. Ibid. [↑](#footnote-ref-7)
8. Ibid. [↑](#footnote-ref-8)
9. Ibid. [↑](#footnote-ref-9)
10. Ibid.str.201 [↑](#footnote-ref-10)
11. Dedić, Čalovska-Hercog, Petović, Vukosavljević, Đurić, Sloboda i psihoterapija-zbornik rezimea, Beograd, 2019, str.14 [↑](#footnote-ref-11)
12. Petrović, Sedmak, Ćorić, Metode grupnog socijalnog rada, Beograd, 2005, str.203 [↑](#footnote-ref-12)
13. Ibid. [↑](#footnote-ref-13)
14. Ibid. [↑](#footnote-ref-14)
15. Ibid. [↑](#footnote-ref-15)
16. Ibid. [↑](#footnote-ref-16)
17. Ibid. [↑](#footnote-ref-17)
18. Ibid. [↑](#footnote-ref-18)
19. Ibid.str.211 [↑](#footnote-ref-19)
20. Ibid. [↑](#footnote-ref-20)
21. Ibid. [↑](#footnote-ref-21)
22. Ibid. [↑](#footnote-ref-22)
23. Ibid. [↑](#footnote-ref-23)
24. Slađana Dragišić Labaš, Značaj psihoedukacije u liječenju alkoholizma sistemskom porodičnom terapijom, Izvorni naučni članak, Filozofski fakultet Beograd, Beograd, 2009, str.200 [↑](#footnote-ref-24)
25. Ibid. [↑](#footnote-ref-25)