

Wystąpienie
25 maja 2017
10:21

Dzień dobry,

Nazywam się Magdalena Kotyza, jestem psychoterapeutką i superwizorką terapii uzależnień. Pracuję w Laboratorium psychoedukacji a przez 12 lat do października zeszłego roku kierowałam oddziałem w Ośrodku Leczenia Uzależnień w Nowym Dworcu.

Opowiem Państwu o prowadzonej przeze mnie grupie wsparcia dla kobiet, odbywającej się w stacjonarnym oddziale leczenia uzależnień w publicznej placówce służby zdrowia, przy jednoczesnym udziale pacjentek tej grupy w innej grupie terapeutycznej i społeczności. Opowiem o połączeniu struktury jaką nadaje program leczenia w stacjonarnym ośrodku leczenia uzależnień z psychodynamicznym rozumieniem uzależnienia.

Najpierw scharakteryzuję osobę, która poszukuje pomocy, nie zagłębiając się na razie w meandry systemu polskiego leczenia uzależnień. Wyobraźmy sobie typową osobę, kobietę, która w biegu swojego życia trafia do naszego ośrodka. Przedstawię państwu Panią B., jedną z uczestniczek grupy.

Pani B., mieszkanka czterdziestotysięcznego miasteczka. Od wczesnego dzieciństwa choruje na łuszczycę. Ma starszą o 2 lata siostrę. Wraz z rodzicami i siostrą mieszkała w dwupokojowym mieszkaniu. Odkąd pamięta, oboje rodzice regularnie nadużywali alkoholu. Pacjentka była świadkiem pijackich imprez, awantur, przemocy pomiędzy rodzicami, bijatyk. Oboje rodzice pracowali lecz nie dbali o zapewnienie dzieciom stałych posiłków i higieny w domu. Pacjentka jako małe dziecko uciekała z domu do ciotki, gdy podrosła, do kolegów bądź koleżanek.

Wspomina, że gdy z siostrą "po ich imprezie nie chciałyśmy posprzątać to ojciec wszystkie naczynia do naszego pokoju wrzucał". Pacjentka była maltretowana przez oboje rodziców „dostawałam, paskiem, kablem, po twarzy, z liścia za to, że wyrażałam swoje zdanie, mówiłam im że mi się nie podoba, że oni piją, to oni mówili zamknij mordę, zdarzało się, że matka trzymała moje ręce i nogi a ojciec mnie bił”.

Matka była wobec niej agresywna. Była "tą gorszą córką", wyzywaną, bitą, jednocześnie kłóciła się z matką, była nieposłuszna, próbowała protestować przeciwko picciu rodziców, przemocy, gdy zaczęła dorastać - biła się z ojcem. Jednocześnie nauczyła się, że niekiedy może uniknąć bicia i uzyskać wsparcie ojca w opozycji do matki, flirtując z nim.

Gdy miała 13 lat związała się z 19 letnim mężczyzną. Zamieszkała z nim w mieszkaniu, w którym nie było podstawowego wyposażenia. Rodzice początkowo protestowali ale potem przestali interweniować. Miała dużo swobody, jej partner pilnował by chodziła do szkoły. Imprezowali. Piła czasami alkohol. Na jednej z imprez dosypano jej amfetaminy do piwa. Źle się czuła następnego dnia i ktoś poradził, żeby zapaliła marihuanę. Zaczęła zażywać marihuanę gdy była na imprezie. Bardzo długo nie musiała kupować narkotyków, była ładną dziewczyną i chętnie ją częstowano. Rozstała się z chłopakiem, na rok wróciła do rodzinnego domu. Próbowała wrócić do szkoły, odstawić narkotyki. Nie udało się. Awantury, bicie, wróciła do zażywania. Po jednej z bójek z ojcem trafiła do szpitala z poważnym urazem twarzy, ma uszkodzony nerw trójdzielny. Około 16 roku życia marihuanę paliła codziennie, amfetaminę kilkanaście razy w miesiącu, często piła alkohol. Zamieszkała z 24 letnim mężczyzną, którego bardzo polubili rodzice. Był majątny, miał pozycję społeczną i dobry zawód. Zażywała marihuanę w tajemnicy przed nim, ale pili wspólnie. Często się kłócili, dochodziło między nimi do awantur. Okłamywała go, zaczęła zdradzać z innymi mężczyznami. Po jednej z kłótni wyszła z domu, uprawiała seks z kimś przygodnym i zaszła w ciążę. Okłamywała partnera, że to jego dziecko. Paliła marihuanę podczas całego okresu ciąży. Po urodzeniu dziecka pacjentka była leczona farmakologicznie z powodu depresji.

Gdy badania genetyczne ujawniły prawdę dotyczącą ojcostwa, partner zostawił ją. Wróciła z dzieckiem do rodziców i do zażywania amfetaminy. Ukrywała przed rodzicami fakt, że bierze

narkotyki. W domu dochodziło do awantur pomiędzy nią a rodzicami. Zwłaszcza matka uważała, że źle opiekuje się córką. Dosłownie wrywała sobie z matką córkę z rąk. Pani B często wieczorami wychodziła z domu, usypiała córkę i zostawiała ją z rodziną. Spędzała czas z nowymi znajomymi, była ofiarą przemocy i uczestniczyła w przemocach wobec innych kobiet. Brała udział w bójkach. Podczas jednej z nich uderzono ją maczetą w głowę. Przyznała się wtedy rodzicom do zażywania narkotyków prosząc o pomoc, ci wyrzucili ją z domu i wnieśli sprawę o odebranie praw rodzicielskich oraz ustanowienie ich rodziną zastępczą, jednocześnie sami podejmując leczenie odwykowe. To zdecydowało, że pacjentka zgłosiła się na leczenie do ośrodka.

W Europie Kobiety stanowią jedynie od 5% do 34% wszystkich pacjentów poddawanych specjalistycznemu leczeniu uzależnień. Mimo, że w Europie każdego roku szacunkowo 30 000 kobiet w ciąży przyjmuje opiaty, których spożycie przecież stale maleje, więc można sądzić, że są jeszcze użytkowniczki innych środków oraz kobiety, które aktualnie w ciąży nie są. To w praktyce oznacza, że w 42 osobowym oddziale mieliśmy zazwyczaj 3 - 5 kobiet i 37 - 39 mężczyzn.

Jest wiele przyczyn, dla których mniej kobiet poddawanych jest leczeniu uzależnień. Wyniki badań (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii 2013) pokazują, że główne powody to lęk, że wraz z przyznaniem się do nadużywania substancji psychoaktywnych zostaną im odebrane lub ograniczone prawa rodzicielskie. Lęk oraz większa niż w przypadku mężczyzn, stygmatyzacja ciąży na kobietach uzależnionych może wpływać na mechanizm zaprzeczania problemowi. Potrzeby kobiet poddawanych leczeniu uzależnień są bardziej złożone, szczególnie jeżeli chodzi o współwystępowanie innych zaburzeń oraz obowiązki związane z opieką nad dziećmi.

Wnioski z wielu badań wskazują, że uzależnione kobiety, bardziej niż uzależnieni mężczyźni, znajdują się w sytuacji zwiększonego ryzyka doświadczania wielu problemów natury psychicznej, oznacza to współwystępowanie np.: depresji, zaburzeń lękowych, dwubiegunowych zaburzeń afektywnych, fobii, zaburzeń psychoseksualnych, zaburzeń jedzenia i zaburzeń stresu pourazowego.

Uzależnione kobiety częściej, niż uzależnieni mężczyźni, pochodzą z dysfunkcyjnych rodzin pierwotnych (Chatham, Hiller, Rowan-Szal, Joe i Simpson, 1999). Częściej, niż mężczyźni, wchodzi w niezdrowe, zależne związki zdominowane przez ich partnerów, nadużywających lub uzależnionych od substancji psychoaktywnych, którzy nie wspierają ich leczenia, a raczej podtrzymują uzależnienie oraz osłabiają zdolności do kierowania własnym życiem. Wyniki badań potwierdzają także, że kobiety, rzadziej niż mężczyźni, otrzymują wsparcie od osób bliskich w podjęciu decyzji o leczeniu. (Bukowska, 2012)

Partnerzy uzależnionych kobiet mogą grozić przemocą czy zerwaniem relacji, jeśli ich partnerka zdecyduje się na podjęcie leczenia (Amoro i Hardy-Fanta, 1995). Czynnikiem skłaniającym kobiety do podjęcia leczenia jest ciąża, doświadczanie przemocy fizycznej oraz problemy prawne (Walton-Moss, 2006).

Pacjentka o której mowa, zgłosiła się na leczenie do Ośrodka dla Osób Uzależnionych w Nowym Dworcu, który mieści się na zachodzie Polski, w województwie lubuskim. To duży ośrodek. W niewielkiej odległości od siebie rozlokowanych jest 5 oddziałów, na których łącznie przebywa 250 osób uzależnionych od różnych substancji psychoaktywnych, głównie narkotyków. Pani B dowiedziała się po przyjęciu do ośrodka, że może być w tym miejscu 12 miesięcy. Po okresie adaptacji, wykonanej diagnostyce, w 2 tygodniu od przyjęcia, Pani B została zakwalifikowana do naszego oddziału.

Zmiana, jakiej ktoś, kto bierze narkotyki i przyjeżdża do stacjonarnego ośrodka leczenia uzależnień, musi dokonać w bardzo krótkim czasie, jest ogromna. Struktura zastępuje strukturę. Gdy się odurzasz, strukturę twojemu życiu nadaje substancja. Gdy się leczysz – Ośrodek i zasady w nim panujące. To oznacza, że nagle, codziennie, Pani B wstaje dokładnie o tej samej porze, a nie wtedy gdy budzi ją głód narkotykowy czy impuls. Oznacza, że codziennie wykonuje te same rutynowe, samoobsługowe czynności, o tych samych porach. Dotąd nie robiła tego. W końcu oznacza, że żyje w czterdziestojednosobowej grupie dzień i noc i bardzo niewiele pozostaje z jej intymnego świata. Pozostałe czterdzieści dziewięć osób (pacjenci i terapeuci) ciągle do niej mówi, wydaje jej polecenia i ją instruuje, pyta co robi i dlaczego, a nade wszystko, jak się czuje. Na każdym kroku ktoś zwraca jej

uwagę na związek pomiędzy wypowiedzianym słowem, gestem, ujawnioną myślą a jakością jej życia. Dodatkowo towarzyszą jej różnorakie, czasem zaskakujące objawy związane z faktem, że nagle została pozbawiona dostępu do substancji, która przynosiła natychmiastowe efekty, koła, przynosiła ulgę, dodawała otuchy, pozwalała rozładować impulsy wściekłości i rozpacz, dawała uczucie kontroli, komfortu i triumfu nad problemami struktury ja.

Trudno jest inaczej pracować z uzależnionymi, niż pokazując im ich własną odpowiedzialność. Trudno jest przekonać, że masz wpływ na to co robisz, inaczej niż przekazując odpowiedzialność. To bardzo trudna konstrukcja. Jak, zachowując powyższą myśl, uniknąć wszechobecnego ducha pretensji do uzależnionych? Gdy bierzesz narkotyki, faktycznie twój wybór jest bardzo ograniczony, zawężony. W obliczu ogromu cierpienia fakt, że masz wybór często znika z pola widzenia.

Jak to połączyć? Muszę wziąć odpowiedzialność, ale czuję się winna, że biorę, że sama sobie to robię. Towarzyszymy pacjentom w odkrywaniu, że mają wybór, że jest ten moment i że można nauczyć się go rozpoznawać, moment, tuż przed końcem możliwości wyboru. I wydaje mi się, że to jest kluczowe w powstrzymaniu rozwoju uzależnienia i leczeniu. Wypracowanie rozpoznawania tej śluzu, luki, korytarza, który pozwoliłby wyjść z tego cyklu. Tworzy się przestrzeń, w której możesz dokonać wyboru, jeszcze coś zmienić, zawrócić, za chwilę nie będziesz mógł, bo już nie będziesz miał możliwości pomieszczenia własnych impulsów, emocji, nie będziesz mógł zawrzeć tych sił w ego. Gdy to się choć trochę udaje, możemy szukać wspólnie znaczenia tego, jaką funkcję w strukturze danej osoby pełni substancja. To pozwala ugruntowywać się, osadzać w zmianie.

Zazwyczaj strukturę stacjonarnego ośrodka leczenia uzależnień tworzy polityka żetonowa czyli proste warunkowanie prowadzone za pomocą samych pacjentów. To w zasadzie pacjenci głosząc podczas zajęć grupowych, sami sobie, przydzielają i odbierają wzajemnie przywileje. Czasem reguluje to czas pobytu pacjenta w programie. Terapeuci biorą udział w tym procesie monitorując go, modelując i wpływając na wyniki tego procesu bardziej lub mniej wprost. To tworzy hierarchię społeczności ośrodka.

Metody terapii poznawczo - behawioralnej, dialogu motywującego są osadzone w strukturze prostego warunkowania. Proces uczenia się interpersonalnego jest wzmocniony warunkowaniem. W praktyce oznacza to, że jeśli Pani B działa w zgodzie z zasadami tej grupy - awansuje, ma więcej praw, przywilejów i obowiązków, jeśli grupa ocenia jej zachowanie jako destruktywne - spada w hierarchii społeczności oddziały. Wysoko w hierarchii może swobodnie wychodzić z ośrodka i kontaktować się ze światem zewnętrznym, korzystać z przepustek, może decydować o miejscu swojego zakwaterowania, czyli wybrać w którym pokoju i na którym łóżku chce spać, decydować z kim współpracuje i jak chce spędzać swój czas wolny, korzystać swobodnie ze sprzętu który jest własnością ośrodka, nie obowiązuje jej cisza nocna w weekendy, może mieć więcej własnych rzeczy w ośrodku np. komputer i z nich korzystać, może decydować o swoich zajęciach w wolnym czasie. Jeśli jest nisko w hierarchii to np. nie może samodzielnie wychodzić, musi omawiać z grupą każdy swój kontakt ze światem zewnętrznym, nie może zaprosić nikogo do swojego pokoju, nie może wypić więcej niż 3 używki czyli kawy lub herbaty, a każdą którą pije musi najpierw zgłosić dyżurnemu. W ośrodku wszystko jest odnoszone przez innych pacjentów i terapeutów do uzależnienia. Np. fakt, że gdy miałeś dyżur samoobsługi nie posprzątałaś łazienki lub to, że słuchasz muzyki, której wg grupy słuchałaś gdy ćpałaś, i ludzie widzą, że to wpływa źle na twój nastrój. Oprócz tego, że dostajesz informacje zwrotne to, to może skończyć się dla ciebie utratą przywilejów i spadkiem w hierarchii społeczności. Ma to spowodować że zrozumiesz dlaczego nie powinieneś tego robić, nauczyć cię ograniczać takie zachowania i znaleźć bardziej konstruktywne alternatywy dla tych czynności, które sprowadzają cię na drogę powrotną do nałogu.

Pani B pojawiła się na oddziale, na którym przebywało 9 kobiet i 33 mężczyzn. Pacjenci to osoby pomiędzy 18 a 44 rokiem życia podzieleni na cztery grupy terapeutyczne. Pojawienie się na takim oddziale kobiety, proszę państwa to zawsze jest wydarzenie. Zwłaszcza bardzo ładnej. W grupie, którą prowadziłam, nie było kobiety nieurodzivej. Ich ciała nosiły widoczne znamiona zmagania jakie

przeszły ale wszystkie posiadały urodę. Można się zastanawiać nad tym zbiegiem okoliczności. Czy wybierane/ częstowane narkotykami częściej są te ładne? Czy te ładne przetrwały, otoczone męską opieką, a inne mniej ładne nie dotarły do ośrodka?

Dość łatwo można sobie wyobrazić co to oznacza dla osoby z taką historią życia jak Pani B. Nie ma substancji, która uśmierzała ból, w zamian jest obiekt, często przeżywany jako intruzywny, wymagający. Pacjentka nie ma specjalnie odwrotu, ponieważ jest w potrzebie. Znajduje się w dużej grupie osób. Obcych. Pytanie o poziom lęku? Negatywne przeniesienie ma szansę rozwinąć się nader szybko. Trzeba pamiętać, że pacjenci poznają instytucję po kawałeczku, a duża część tej wiedzy przekazywana jest poza zajęciami, pomiędzy pacjentami. To jest coś, do czego personel nie ma dostępu. Pacjenci poznają zasady, personel, to się nie dzieje raz a dobrze. Z perspektywy pacjentki nie istnieje pełne wprowadzenie w instytucję. Mimo, że witamy za każdym razem pacjenta na oddziale, przeprowadzamy pierwszą rozmowę, kwalifikujemy do grupy terapeutycznej, wspieramy w procesie adaptacji. Pacjentka dowiaduje się z kim i gdzie mieszka, o której są posiłki i że dwa razy w tygodniu są zajęcia społeczności w dużej grupie, a trzy razy w tygodniu będzie uczestniczyła w grupie terapeutycznej. Dowiaduje się, że w tym oddziale może przebywać około 7 miesięcy, po których, jeśli awansuje zostanie zakwalifikowana do oddziału, przypominającym swoją strukturą oddział dzienny. Ona się uczy. Personel ma ten luksus że zna te zasady od początku w całości. Od umiejętności interpersonalnych Pani B zależy jak wiele dowie się od innych pacjentów poza zajęciami, do jakich zajęć w czasie wolnym zostanie zaproszona i jak szybko zorientuje się jak ważne jest być w dobrej komitywie z osobami, które są wysoko w hierarchii społeczności. Dowiaduje się, że można awansować również w taki sposób, który nie jest "legalny", np. umówić się z kimś jak będzie głosowała. Dowiaduje się też, że jest jakieś podziemne życie, może mieć do niego dostęp albo nie. Wszystko zależy od tego jak zostanie przyjęta.

W opisywanym ośrodku nie ma zakazu łączenia się w pary. Nie ma wymogu abstynencji seksualnej. Jeżeli jesteś wysoko w hierarchii możesz zamieszkać z partnerem/partnerką w dwuosobowym pokoju. Pacjenci wiedzą jednak, że jeśli fakt bycia w związku będzie miał destruktywny wpływ na ich leczenie, mogą zostać rozdzieleni, co zazwyczaj oznacza, że zostaną poproszeni by zdecydowali, które z par przejdzie do innego oddziału.

Pani B zachowywała się w sposób energetyczny, była żywiołowa, emocjonalnie pobudzona i reaktywna. Przyciągała uwagę wielu mężczyzn. Kilkoro z nich nie chciało spędzać czasu z nikim innym. Część pacjentów a nade wszystko pacjentki, drażnił jej sposób bycia, uważano, że Pani B zachowuje się lekceważąco wobec wielu osób. Miała trudności z zaangażowaniem się w program oraz podporządkowaniem zasadom panującym na oddziale. Wychodziła z zajęć, mówiła podniesionym tonem, kłóciła się z innymi pacjentami udzielającymi jej informacji. Konfrontowana przez pacjentów z niespójnościami w jej relacji dotyczącej związków z mężczyznami odpowiadała agresją. Wyrażnym było, iż wykorzystywała własną seksualność w obronnych celach, bała się mężczyzn i nadużywania przez nich władzy. Jednocześnie często mężczyzn konfrontowała podczas zajęć, bywała ciepła, lubiana przez niemało osób, aktywna, uczestniczyła w wielu wspólnych działaniach przeprowadzanych w tamtym czasie na oddziale.

Zaproponowano pacjentkom tego oddziału udział w piętnastosecyjnej, zamkniętej grupie wsparcia. Udział w niej był dobrowolny. Wszystkie kobiety będące w tym czasie pacjentkami oddziału chciały wziąć udział w grupie. Uczestniczkami było 10 kobiet przebywających na tym oddziale w momencie rozpoczęcia grupy. Spotkania odbywały się raz w tygodniu i trwały dwie godziny. Staraliśmy się, by czas trwania grupy został dostosowany do przewidywanego czasu pobytu pacjentek w tym w oddziale. Grupę prowadziły dwie kobiety. Pierwotnie ja i koleżanka z innego oddziału, która wycofała się ze współprowadzenia po 5 sesji ze złożonych powodów, zarówno osobistych jak i bezpośrednio związanych z pracą i grupą. Od 6 sesji współprowadzącą została kobieta pracująca na tym samym oddziale, nie prowadząca samodzielnie żadnej z grup. Istotną częścią kontraktu był zapis o tajemnicy, z zastrzeżeniem, że informacje ujawnione podczas grupy nie mogą zostać użyte podczas innych zajęć, ani przez terapeutki ani przez pacjentki. Nic co wydarzy się podczas grupy nie mogło być powodem utraty bądź uzyskania przywilejów. Z jednym wyjątkiem dotyczącym korzystania ze środków

psychoaktywnych na oddziale. Pacjentki przestrzegały zapisów kontraktu. Nieobecności i spóźnienia najczęściej związane były z ich wizytami u lekarzy różnych specjalności i bardzo trudno było uzyskać porozumienie w tej kwestii z personelem działu medycznego. Informacje dotyczące treści grupy nie były przekazywane zespołowi.

Grupę ukończyło 5 z 10 kobiet. Cztery kobiety z różnych powodów przerwały terapię w ośrodku. Jedna pacjentka zrezygnowała z udziału w grupie po 5 sesji, po czym po 2 tygodniach opuściła ośrodek. Jedna została skierowana do innego oddziału. Kolejna dokonała samookaleczenia na oddziale i została przewieziona do szpitala psychiatrycznego, z którego wróciła i po bardzo krótkim czasie opuściła ośrodek. Jedna z pacjentek skończyła terapię przed zakończeniem grupy i wróciła do domu. Trzy osoby podczas ostatnich kilku sesji przebywały już w innym oddziale w związku z przejściem do kolejnego etapu leczenia i stamtąd przyjeżdżały na grupę.

Pierwotnie, nie było przerwy w trakcie dwóch godzin trwania grupy i nie było struktury. Pacjentki po drugiej sesji wprowadziły zwyczaj rundy na początku grupy, w której krótko omawiały swoje samopoczucie i sygnalizowały jeśli chciały podjąć szerzej jakiś temat. Istotną sprawą była kwestia tajemnicy. Pacjentki miały nadzieję, że będą mogły swobodnie poruszać "kobiece" tematy, których nie wnoszą podczas innych zajęć i uzyskają od siebie nawzajem wsparcie. Ważną kwestią było to jakie tematy można poruszać na tej grupie. Pacjentki chciały mówić o intymnych relacjach pomiędzy nimi a mężczyznami, radzić się siebie w sprawach fizjologii, macierzyństwa i trudnych relacji z rodzinami. Miały też nadzieję, że lepiej się poznają i będą mogły bardziej liczyć na siebie w zwykłych, codziennych sprawach.

Szybko okazało się, że pacjentki mają bardzo silne pragnienie by być razem ale jednocześnie pomiędzy nimi jest wiele nieujawnianych konfliktów, agresji i rywalizacji.

Konflikt pomiędzy pacjentkami, wraz z rozwojem grupy, przybierał na sile. Pojawiły się wątpliwości czy w tych warunkach można uzyskać wsparcie. Pacjentki wносиły konflikty, których nie udało się rozwiązać gdzie indziej. Można było odnieść wrażenie, że w tej grupie zogniskowały się konflikty całego oddziału. Powstało pytanie - Czy to nie sprzyja rozszczepieniu?

Jednocześnie poza zajęciami pacjentki spędzały więcej czasu razem, podczas zajęć całej społeczności siadały bliżej siebie i wyraźnie się wspierały. Bardzo dbały i intensywnie się wspierały poza zajęciami w okresach, w których istniało ryzyko, że któraś z nich przerwie leczenie bądź w sytuacjach odwiedzin dzieci. Opisywana wcześniej pacjentka była w ostrym, jawnym konflikcie z trzema uczestniczkami grupy. Kobiety kłóciły się głównie o to co która na swój temat powiedziała, np. na temat higieny a zwłaszcza relacji z mężczyznami. Uczestniczkom udawało się rozwiązywać konflikty ale było ich tak dużo, że mówiły, że bardzo są zmęczone i zniechęcone faktem, że to tak wypełnia grupę. W kulminacyjnym momencie 7 naładowanej agresją sesji, trzy uczestniczki wściekle wychodzą z grupy (po czym wracają), a Pani B mówi do pozostałych "takie jak wy to ja wywoziłam do burdelu". Wobec tak jawnej przemocy co robić? Staraliśmy się zatrzymać agresję, mówiłyśmy "to jest przemoc, nie zgadzam się na to co robisz". Powiedziałam to wtedy do Pani B przynajmniej sześciodziokrotnie, nie pamiętam, odniosłam tę sytuację do ich historii życia, aż w końcu Pani B wściekle powiedziała jak bardzo nie znosi mnie i tego jak i co mówię i zwróciła się z pytaniem "to co aspołeczna?". To pytanie oznaczało czy w obliczu tej sytuacji złamię umowę dotyczącą tajemnicy grupy i pacjentka zostanie pozbawiona przywilejów tak, że spadnie najniżej jak się da w hierarchii społeczności. Jeszcze raz powiedziałam, że nie zgadzam się by tak się odnosiła do innych kobiet i potwierdziłam, że to co dzieje się w tej grupie nie będzie miało wpływu na jej awans, przywileje czy ich utratę bo tak jesteśmy umówione. Powiedziałam też, że nie to czy ona jest nagradzana czy karana ma przynieść jej pożytek z tej grupy. Pani B zapytała wtedy inne kobiety jaki odnoszą pożytek z grupy. Była zaskoczona, kiedy pacjentki bardzo spokojnie odpowiedziały, że mimo zmagania widzą jak bardzo potrzebują tej grupy oraz, że oprócz tego, że uczą się z moim rozstrzygnięciem konfliktów w inny niż dotychczasowy sposób, dostają wsparcie od siebie nawzajem poza grupą zwłaszcza w trudnych emocjonalnie momentach, są bardziej na siebie uważne i że widzą też jak Pani A się zmienia.

Podczas 8 sesji wprowadzona została dziesięciominutowa przerwa w połowie sesji i ustalono, że jeśli chce się wyjść z grupy z powodu napięcia jakie się przeżywa to jest to możliwe ale czas jaki pacjentki uznały za wystarczający w tej sytuacji to 10 min, ustaliły też, że trzeba powiedzieć grupie co będzie się robiło w tym czasie. Po tym ustaleniu przestały wychodzić w sposób niekontrolowany bądź wychodzić pod pretekstem, iż idą do toalety. Podczas kolejnych 4 sesji, dwa razy zdarzyło się, że

któraś z nich wyszła. Za każdym razem czas wyjścia był przestrzegany przez nie i poświęcony na bieganie wokół boiska. Po 10 minutach wracały by kontynuować przerwana rozmowę. Trzy ostatnie sesje odbyły się bez wyjść.

Dzięki uczestnictwu w tej grupie Pani B zrozumiała, że gdy jej lęk stawał się zbyt silny wybuchła gniewem, a pomieszczenie bardzo silnych impulsów gniewu i lęku mogło ukoić tylko przyjmowanie substancji, co oczywiście miało wtórne zgubne skutki. Ta praca wymagała już na początku jakiejś możliwości kontenerowania bardzo silnych impulsów ale jednocześnie efektem tej pracy jest znaczny rozwój zdolności kontenerowania.

Pacjentka uwewnętrzniła wiarę we własną zdolność do dorosłych odpowiedzialnych decyzji oraz zdolność do aprobowania, upewniania i pocieszania samej siebie, okazywanie sobie troski i aprobaty.

I chyba najlepiej ilustruje to powyższe scena podczas jednej ze społeczności, kiedy to pacjentka siedziała obok mężczyzny, który bardzo agresywnie zareagował na informacje kierowane do niego. Pacjentka, odchyliła się na krześle spojrzała na mężczyznę i powiedziała "Stary, z tym się coś robi, zrób coś z tym."

Skuteczność tej terapii wynikała z integracji oddziaływań psychodynamicznych i poznawczo – behawioralnych, faktu, że umiejscowienie tej grupy w silnej strukturze oddziału wspierało budowanie kontenera jakim była grupa, granica pomiędzy tymi podejściami jest umowna ale chcę podkreślić że komponent psychodynamiczny był silny.