PSIHOLOGIE · PSIHOTERAPIE

Colecție coordonată de
Simona Reghintovschi

R.D. Hinshelwood

Ce se petrece în grupuri

Comunități nevrotice, comunități sănătoase

Traducere din engleză de
Brânduşa Popa

3
TREI

Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Coperta:
FABER STUDIO (Magda Radu)

Redactor:
RALUCA HURDUC

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:
FLORIN PARASCHIV

Corectură:
RODICA PETCU
ELENA BIȚU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
HINSHELWOOD, R. D.
Ce se întâmplă în grupuri / R. D. Hinshelwood;
trad.: Brândușa Popa. – București: Editura Trei, 2013
Bibliogr.
ISBN 978-973-707-732-5

I. Popa, Brândușa (trad.)

316.45
316.472.3
17.021.3

Titlul original: What Happens in Groups.
Psychoanalysis, the Individual and the Community
Autor: Robert D. Hinshelwood

Copyright © R.D. Hinshelwood 1987. Reprinted 7 times since 1987. Latest reprint – 2010
First Published by Free Association Books Ltd, represented by Cathy Miller Foreign Rights Agency, London, England
Prezenta ediție s-a publicat prin acord cu Cathy Miller Foreign Rights Agency, London, England

Copyright © Editura Trei, 2013
pentru prezenta ediție

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN: 978-973-707-732-5

Dedic această carte micii comunități
reprezentate de Stephen, Louise, Emily şi Nell,
comunitate ale cărei creştere şi dezvoltare
m-au implicat şi pe mine.

Cuprins

11 *Lista figurilor*
13 *Prefață*

25 **Partea I.** Experiența brută
27 *Capitolul 1* Suferința trăirii
37 *Capitolul 2* Înțelegerea în acțiune
47 *Capitolul 3* Resurse pentru dramatizarea inconştientă

59 **Partea a II-a.** Propria comunitate a individului
61 *Capitolul 4* Comunitatea internă
81 *Capitolul 5* Dramatizarea şi mecanismele de apărare
96 *Capitolul 6* Individul în comunitate
111 *Capitolul 7* Regimul comunității şi individul

125 **Partea a III-a.** Disperare, idealizare și moral
127 *Capitolul 8* Echipa terapeutică în calitate de obiect de transfer
139 *Capitolul 9* Terapie şi terapizare
152 *Capitolul 10* Eşecul şi idealul

161 *Capitolul 11* Moral şi demoralizare
182 *Capitolul 12* Inversarea ciclului demoralizării

199 **Partea a IV-a.** Organizația nevrotică

201 *Capitolul 13* Granițe şi bariere
214 *Capitolul 14* Capriciul barierei
237 *Capitolul 15* Ruptură şi fragilitate
250 *Capitolul 16* Fațetele rigidității
266 *Capitolul 17* Dimensiuni ale personalității comunității

279 **Partea a V-a.** Terapia în comunitate

281 *Capitolul 18* Importanța dimensiunii F
297 *Capitolul 19* Personalitatea comunității în calitate de conținător
306 *Capitolul 20* Terapia în practică
318 *Capitolul 21* Repere pentru personalul medical

327 **Partea a VI-a.** Grupul în calitate de comunitate

329 *Capitolul 22* Treceri fructuoase

341 *Bibliografie*

351 *Index*

Lista ilustrărilor

29	E 1.1	Întâlnirea care a mers prost
31	E 1.2	O interpretare reuşită
42	E 2.1	Subofițerul
44	E 2.2	Anti-„țapul ispăşitor“
48	E 3.1	Comunitatea suferindă
64	E 4.1	Victima persecutată
67	E 4.2	Remuşcarea unei mame
83	E 5.1	Clivarea unui rol
85	E 5.2	Lentila de contact a copilului
87	E 5.3	O proiecție colectivă
92	E 5.4	Comunitatea ca paradis
97	E 6.1	Bărbatul care credea că vrea să fie el însuşi
100	E 6.2	Identitatea renegată
103	E 6.3	Monologistul
107	E 6.4	Taciturnul
114	E 7.1	Liderul schizoid
118	E 7.2	Mafioții la putere
135	E 8.1	Înțelegerea de onoare
139	E 9.1	Terapizarea individului

142	E 9.2	Confruntarea cu ce e mai rău
146	E 9.3	Mitul prostului obicei
148	E 9.4	Cazarea pacienților
154	E 10.1	Regimul terorii
173	E 11.1	Comunitatea schilodită
182	E 12.1	Salvarea moralului
208	E 13.1	Comunicarea fantasmatică
216	E 14.1	Secția de terapie
220	E 14.2	Bariera mobilă
224	E 14.3	Grupul care purta povara vinovăției
225	E 14.4	Grupul „interior“ şi grupul „exterior“
226	E 14.5	Penetrarea comunității de zi
229	E 14.6	Exilați într-un grup
231	E 14.7	Grupul special de studenți
233	E 14.8	„Cartoful fierbinte“ emoțional
238	E 15.1	Intrusul certăreț
239	E 15.2	Intrusul emoțional
241	E 15.3	Întreruperea de Paşti
242	E 15.4	Perturbarea activității în echipă
245	E 15.5	Fragmentarea la putere
252	E 16.1	Constituția birocratică
255	E 16.2	Întâlnirea osificată
260	E 16.3	Complexitatea
283	E 18.1	Abordarea problemei absenteismului
308	E 20.1	Terapia este un proces al comunității

Lista figurilor

40 *Figura 2.1:* Procesul de diferențiere
41 *Figura 2.2:* Mutația ostilităților
170 *Figura 11.1:* Integritate şi eficiență
175 *Figura 11.2:* Succesul se îndepărtează şi mai mult
176 *Figura 11.3:* Mituri — comunitatea ca Paradis
177 *Figura 11.4:* Comunitatea trebuie să fie bună la ceva
178 *Figura 11.5:* În sfârşit, succesul fantasmatic
179 *Figura 11.6:* Proiecțiile intergrupuri
191 *Figura 12.1:* Personalul medical nesigur
192 *Figura 12.2:* Personalul medical terapizează
193 *Figura 12.3:* Pacienții susțin personalul
195 *Figura 12.4:* Interacțiunea combinată dintre personalul medical şi pacienți
196 *Figura 12.5:* În final, un ciclu benign
217 *Figura 14.1:* „Sistemul multigrup“ al spitalului
218 *Figura 14.2:* Zidul din jurul secției de terapie
221 *Figura 14.3:* Capriciul barierei
267 *Figura 17.1:* Comunitatea cu potențial de refacere
269 *Figura 17.2:* Comunitatea care se „dezumflă“

272 *Figura 17.3:* Dimensiunile C şi D şi comunitatea cu potențial de refacere
273 *Figura 17.4:* Capcana demoralizării
274 *Figura 17.5:* Dimensiunile C, D şi acum F
275 *Figura 17.6:* Dimensiunea R (Rigiditatea)
303 *Figura 19.1:* Tipuri de comunitate
331 *Figura 22.1:* Rezumatul grafic al temei lucrării

Prefață

În această lucrare mi-am propus două lucruri: în primul rând, să pun bazele unui fel de a gândi grupurile, comunitățile şi instituțiile în general şi cele terapeutice în particular, iar în al doilea rând, să indic o direcție în care s-ar putea dezvolta practica specifică a grupurilor şi comunităților terapeutice.

Lucrul cu grupurile de orice fel este o bizară ocupație hibridă. Odată, am scris:

> Psihologii, sociologii şi biologii stau cu spatele unii la ceilalți. Şi în mijlocul acestui balansoar tridirecțional se află medicii şi terapeuții care încearcă să-şi păstreze echilibrul. Aceasta este poziția acrobatică în care lucrăm într-o comunitate terapeutică. Privilegiul glorios al cercetătorilor ştiințifici este de a şti că sunt pe cale să afle totul. Practicianului îi revine penumbra umilă de a şti că aproape totul rămâne nesigur şi paradoxal. (Hinshelwood, 1983a, p. 167)

În cea mai mare parte, lucrul terapeutic cu oamenii accentuează aspectul psihologic. Chiar şi lucrul în grup accentuează

psihologia indivizilor şi grupurilor. Terapia de grup debutează de obicei cu o înțelegere a psihologiei individuale, făcând ulterior trecerea spre grup. Apoi, probabil în scopul de a înțelege grupul mai mare, comunitățile şi instituțiile, noi examinăm experiența grupurilor mai mici. În această carte, eu m-am deplasat exact în direcția opusă.

Lucrul meu cu grupurile s-a desfăşurat mai întâi în cadrul grupului mai mare al comunității terapeutice şi a inclus doar ulterior cunoştințele de psihologie individuală dobândite în timpul formării mele în psihanaliză. Aş susține că această carte tinde să reechilibreze balanța printr-o perspectivă binoculară a dimensiunilor individuală şi socială. Perspectiva dominantă curentă, ce separă experiențele din grupurile mici de cele din grupurile mari, nu mi s-a părut necesară. Şi cred că ceea ce poate fi desluşit în grupul mare este relevant şi pentru grupul mic. Experiențele din cele două tipuri de comunități sunt cu siguranță diferite, dar din punctul meu de vedere acest lucru se datorează mai mult faptului că grupul mic ascunde anumite aspecte ale unei adunări de oameni şi mai puțin faptului că grupul mai mare este un tip diferit de colecție de oameni. Prin aceasta, susțin argumentul lui de Mare că nevoia noastră reală este studiul mai amănunțit al grupului mare, şi nu al grupului mic (de Mare, 1985). Abordarea mea este totuşi foarte diferită de a lui, deoarece el repudiază complet ideea subgrupului şi sistemelor multigrup în ideea urmăririi grupului mare de tip grupul-ca-întreg. Punctul meu de vedere este acceptarea subgrupurilor şi înțelegerea nevoilor şi apărărilor strâns legate de acest fenomen.

Aş susține că se neglijează de obicei faptul că toate grupurile terapeutice mici, indiferent de buna lor gestionare într-o practică privată, fac parte totuşi dintr-un sistem multigrup — cu

siguranță, cel puțin în viața fantasmatică inconştientă a membrilor şi terapeutului.

Studiul grupurilor dintr-o perspectivă socială necesită imperios o disponibilitate fermă de a suspenda unele dintre reperele conceptuale comode dezvoltate de-a lungul timpului pentru înțelegerea grupurilor mici. Acest lucru este spre bine, chiar dacă îl putem resimți ca fiind inconfortabil şi nesigur. Cu alte cuvinte, nu mai beneficiem de o formulare riguroasă a experiențelor şi proceselor grupurilor mari, aşa cum a demonstrat recent Millard şi încearcă el însuşi să remedieze (Millard, 1986). Partea a doua a acestei cărți este în ea însăşi o încercare de a face pasul spre o gândire mai riguros sistematică legată de tipurile de grupuri şi comunități şi proprietățile lor terapeutice ori antiterapeutice.

Interfața social-personal

Plasată între înțelegerea puternicelor forțe operante în instituție şi nevoia de a acționa eficient asupra indivizilor, comunitatea terapeutică se află chiar la interfața socialului cu personalul. Nu este posibil să gândim comunitățile terapeutice şi înțelegerea pe care ne-o oferă referitor la oamenii din grupuri fără să-l amintim pe Tom Main, autorul termenului. Una dintre reflecțiile lui târzii, amintite din vremea când era psihiatru pe front, este că unele sisteme sociale par să fie mai sănătoase decât altele:

> Psihiatrii care lucrau pe front erau cu toții conştienți de existența anumitor batalioane în care căderea psihică individuală era o realitate obişnuită şi altele în care era rară… Pe câmpul de

> luptă întâlneai unități bine conduse, cu moralul foarte ridicat, ce aveau un număr semnificativ de oameni vizibil epuizați psihic care refuzau totuşi să se declare bolnavi şi care purtau lupta mai departe într-un mod eficient; întâlneai însă şi alte unități ce se combinau pentru a crea un întreg nefericit şi ineficient, cu suferințe generalizate reactive, reclamații, delincvențe şi tulburări psihosomatice, chiar printre oamenii cu un istoric de sănătate stabilă… Ce anume evidența batalioanele în privința promovării sau eşecului promovării sănătății indivizilor din cadrul lor? Nu avea nimic de-a face cu structura socială… Nici cu relațiile de rol; şi acestea erau sacrificate… Pare să fie ceva ce era atât mai vag, cât şi mai important decât acestea; era vorba despre cultura, obiceiurile şi comportamentele prin care funcționau sistemele, calitatea relațiilor umane din interiorul structurii sociale. (Main, 1977; retipărit în Pines, 1983, pp. 200–201)

Este limpede că funcționarea socială de ansamblu şi calitatea relațiilor umane se leagă într-un fel sau altul. Acesta este tipul de observație pe care l-am investigat mai departe. Relațiile sociale pot afecta sănătatea psihică, unele dintre ele fiind terapeutice, altele antiterapeutice. Care este diferența? Cum putem începe să examinăm cultura, „obiceiurile şi comportamentele" prin care funcționează sistemul?

Un principiu central al lucrului în comunități terapeutice este plasarea responsabilității la locul potrivit. Se înțelege limpede că responsabilitatea poate fi prost plasată. O recunoaştere coerentă a psihodinamicii responsabilității în cadrul grupului este semnul distinctiv al tuturor comunităților terapeutice de succes, iar acestea întruchipează un efort susținut spre împărtăşirea responsabilității, derivată din „capacitatea personalului medical de a fi

pregătit să le ofere pacienților şi membrilor săi roluri adulte reciproce, cu puteri şi responsabilități ale participanților“ (Main, în Kreeger, 1975, p. 60). În cele mai multe instituții terapeutice, responsabilitatea, împreună cu resursele şi puterea necesară pentru realizarea ei, ajunge să fie realocată personalului printr-un acord social comun; iar iresponsabilitatea, împreună cu sentimentul concomitent de epuizare şi deznădejde, se aglomerează în pacienți/rezidenți, tot printr-un acord comun, astfel încât „sunt disponibile numai roluri de sănătate sau boală; personalul medical este sănătos, priceput, puternic şi activ, iar pacienții doar bolnavi, suferinzi, ignoranți, pasivi, obedienți şi recunoscători“ (p. 61).

Partea I a acestei cărți începe să examineze acest tip de realocare socială a resurselor umane, a calităților şi responsabilităților. Capitolul 4 descrie unele dimensiuni ale lumii interne a indivizilor, relevante pentru funcționarea în lumea externă (pentru ei) a comunității.

Comunitatea terapeutică și comunitatea defensivă

Main susține că această redistribuire, agreată social, a calităților şi resurselor umane este un proces normal în grupurile mari şi deci în instituțiile care oferă ajutor — iar acest lucru le distruge utilitatea. El o leagă de proiecție şi introiecție, ca dinamici la nivel interpersonal. Acestea reprezintă mecanisme defensive ce pot fi înțelese în termeni de anxietate şi fantasmă inconştientă. Cel mai clar exemplu oferit de el este acela al unei căsnicii nevrotice:

> O soție, de exemplu, ar putea să-şi forțeze soțul să-şi însuşească aspectele ei agresive şi dominante de care se teme şi pe

> care le respinge, apoi se va teme de el şi-l va respecta. La rândul lui, el poate începe să se simtă agresiv şi dominator faţă de ea, nu numai datorită resurselor lui, ci şi din cauza resurselor ei care îi sunt impuse cu forţa. Mai mult — din motivele lui, soţul poate dispreţui şi repudia anumite aspecte de timiditate ale personalităţii lui şi, prin intermediul identificării proiective, le poate forţa în soţia lui, dispreţuind-o în consecinţă. Ea ar putea astfel ajunge să aibă nu numai părţile ei timide, neagresive, ci şi să fie nevoită, în plus, să le conţină şi pe ale lui. Anumite perechi ajung să trăiască în asemenea sisteme închise, dominate de fantasme proiective mutuale, fiecare nefiind cu adevărat căsătorit cu o persoană, ci cu o parte nedorită, clivată şi proiectată a lui însuşi. Atât soţul, dominant şi crud, cât şi soţia, paralizată de timiditate şi respectuoasă, ar putea fi înfiorător de nefericiţi cu ei înşişi şi cu celălalt. Şi cu toate acestea, asemenea căsnicii, deşi turbulente, sunt stabile, deoarece fiecare partener are nevoie de celălalt în scopuri narcisice de natură patologică. (Main, 1975, p. 58)

Restul părţii a II-a (capitolele 5–7) se ocupă de manifestările proiecţiei, introiecţiei, identificării şi idealizării în grup (capitolul 5); implicarea lumii interne inconştiente a individului în relaţiile interpersonale ale comunităţii (capitolul 6) şi consecinţele acestei pătrunderi a personalului în social asupra trăsăturilor generale ale comunităţii şi regimului ei (capitolul 7).

Pentru a explora şi exemplifica aceste teme, a fost necesar să ne sprijinim masiv pe lucrările altor autori. În particular, mi-au fost de mare ajutor Elliott Jaques, cel care a descoperit conceptul sistemului defensiv social, şi colaboratoarea lui, Isobel Menzies. Ei au elaborat ideea că sistemul social însuşi poate ajunge să fie

folosit de membri în scopul obținerii unei protecții psihice în fața suferinței personale (capitolul 5). Această manipulare defensivă a activității şi sarcinii instituției este manifestă în fenomenele culturale la care Main se referă cu termenul de „obiceiuri ale locului“ prin care funcționează sistemul.

Experiența personală în lucrul instituțional

Această carte este rodul unei cunoaşteri personale şi prelungite a instituției terapeutice. Observațiile sunt cele ale unui participant, nu ale unui observator detaşat. Speranța este că ele le vor suna familiar celor ce sunt şi ei implicați profund în activitatea unei instituții.

Cu toate acestea, cartea a fost scrisă cu un accent pe experiențele pe care le au oamenii, atât profesioniştii, cât şi, deoarece este o instituție terapeutică, cei ce caută beneficii terapeutice. Experiențele şi relațiile umane formează fundamentul structurii şi, de asemenea, energia instituției. Am utilizat psihanaliza deoarece este cel mai pătrunzător instrument de care dispunem în prezent pentru a înțelege experiența umană. Am evitat o transpunere simplistă a psihologiei individuale în arena comunității. În schimb, este important să recunoaştem că evenimentele ce apar în grupurile umane nu sunt doar agregate ori sume de evenimente individuale. Există o separație autentică de nivel în obiectele de studiu. Am încercat să înțeleg experiența individului în cadrul comunității, mai curând decât să studiez o psihologie a ei. Cartea începe tocmai cu experiențele umane dureroase — obiectul de activitate al comunității terapeutice, inclusiv cu experiența ciudat de tipică a întâlnirilor ce decurg prost.

Capitolele din partea a III-a formulează multe din tipurile de experiențe trăite în lucrul în comunitățile terapeutice, mai cu seamă problema sentimentului de eşec la nivelul individului şi cel al moralului la nivelul grupului sau instituției. Experiența pe care personalul medical o are cu pacienții, fie la nivel individual, fie la nivel de grup, este la fel de importantă ca observațiile lor pertinente şi pricepute realizate de la o distanță emoțională. Experiența lor trebuie asumată şi utilizată, mai degrabă decât negată şi proiectată.

Caracterul și patologia instituțiilor

Activitatea relatată în această carte este utilă ca ghid pentru descoperirea unei căi de a gestiona din punct de vedere emoțional propria activitate în cadrul instituțiilor. Comunitatea, deşi va fi tratată în termenii ei, reflectă experiențele şi fenomenele cu care oamenii se confruntă în orice instituție. Ea nu este doar decorul tratamentului, ci şi un ingredient real ce poate fi folosit pentru a evita beneficiile tratamentului prin eliminarea apărărilor, aşa cum se întâmplă în cazul nevrozei de transfer în psihanaliza individuală. Este important, aşadar, să trecem dincolo de simpla descriere a vieții unei comunități şi să dezvoltăm un cadru conceptual legat de natura instituțiilor, ce poate fi aplicat cel puțin comunității terapeutice.

Partea a IV-a este o formulare suplimentară a materialului, care începe cu un interes special pentru funcționarea granițelor, îndeosebi în cadrul comunității. Proasta funcționare a granițelor este un indiciu legat de terenul evadării proiective din trăire. În aceste capitole, începem să definim unele dimensiuni

importante ale instituției, acelea care alcătuiesc personalitatea comunității, şi anume: fragilitatea, rigiditatea, flexibilitatea şi gradul de tulburare din orice moment.

Practica în comunitatea terapeutică

Activitatea din comunitățile terapeutice are un obiectiv particular: facilitarea apariției unei schimbări interioare în indivizi. Această activitate are o calitate dialectică, deoarece este focalizată în mod conştient asupra evenimentelor comunității, dar, în acelaşi timp, urmăreşte şi obiective individuale.

Partea a V-a revine la acest obiectiv special al comunității terapeutice şi explorează calitățile de care are nevoie personalitatea comunității pentru a fi un vehicul al terapiei individului (vezi capitolul 18). Dacă acest lucru este conceput la modul cel mai general ca fiind o abilitate sporită de confruntare cu experiențele care, până în acel moment, au fost gestionate prin intermediul apărărilor, atunci comunitatea poate fi văzută ca o „mamă" conținătoare în care se poate realiza o proiecție şi apoi poate fi reintroiectată în scopul susținerii unei funcții conținătoare în interiorul individului (vezi capitolul 19). Dimensiunile personalității comunității descrise în capitolul 17 se dovedesc de fapt a fi cele care definesc anumite tipuri de conțineri ale tulburărilor.

Granițele comunității necesită o mentenanță continuă, pentru a-şi păstra flexibilitatea. Buna organizare a acestei activități de mentenanță este, în ea însăşi, provocarea cu care se confruntă fiecare organizație, aşa cum menținerea flexibilității propriilor granițe este o provocare pentru fiecare individ.

Am considerat necesar să operaționalizăm aceste idei prin oferirea unui exemplu amplu, util practicianului dintr-o comunitate terapeutică (vezi capitolul 21). În final, capitolul 22 încheie ciclul prin reamplasarea descoperirilor relatate aici în contextul grupului mic şi prin indicarea relevanței lor pentru practica terapiei de grup.

Schița originală a acestui proiect a fost oferită sub forma unei prezentări ținute în fața personalului instituției Marlborough Day Hospital în 1971 (Hinshelwood, 1972), iar un raport ulterior al unor concluzii a apărut sub forma mai multor capitole în lucrarea *Therapeutic Communities: Reflections and Progress* (*Comunitățile terapeutice: reflecții şi progres*) (editată de Hinshelwood şi Manning, 1979), publicată la trei ani după ce am părăsit spitalul. Materialul conținut în această carte a fost amplu discutat în cadrul Atelierelor anuale anglo-olandeze având ca temă comunitățile terapeutice (Conferința Windsor).

Din păcate, comunitatea în care am lucrat nu mai există din 1977. Declinul activității în care am investit atât de mult a adăugat o dificultate suplimentară în metabolizarea experiențelor şi învățăturilor acumulate. Rezultatul este o perspectivă asupra naturii instituțiilor ce derivă dintr-o implicare extinsă într-una din ele şi o încercare de a utiliza riguros un cadru terapeutic (psihanalitic) la nivel social. Una dintre ilustrații a fost publicată anterior într-o formă diferită (Hinshelwood, 1985).

Mi-a fost dificil să scriu această carte şi mi-a luat un timp foarte lung. Deşi am scris-o eu şi deşi cadrul particular de referință pe care l-am utilizat nu a fost adoptat pe deplin de toată echipa de la Marlborough, lucrarea derivă din intuițiile colective şi experiențele împărtăşite de întreaga echipă alcătuită din

mulți oameni — unii dintre ei au rămas în instituție şi după cei şapte ani petrecuți de mine acolo, iar mulți dintre ei au fost „în trecere“ pentru perioade mai scurte. Este dificil de nominalizat o persoană anume, dar trebuie să-i amintesc pe Sheena Grunberg şi Roger Hobdell pentru contribuția şi competitivitatea lor însuflețitoare, pe Angela Foster, Anna Christian, Hazel-Anne Lewis şi Patsy Hall pentru suportul lor mai discret şi toleranța față de multe momente de nelinişte prin care am trecut cu toții.

În final, aş vrea să menționez atingerea editorială delicată a lui Bob Young, sugestiile şi încurajările lui utile; de asemenea, lucrul meticulos al Sarei Beardsworth pentru a face manuscrisul meu adecvat transcrierii şi lecturii.

Am păstrat termenul „pacient“, deşi ar putea avea conotații prejudiciabile. Alegerea mea s-a bazat pe următoarele idei: a) utilizarea optimistă a termenilor alternativi cum ar fi „membri“ sau „rezidenți“ este deseori dezamăgitoare, iar prejudecățile reapar şi b) de fapt, esența argumentului acestei cărți este că prejudecățile nerealiste nu ar trebui pur şi simplu ignorate, ci trebuie învățat din ele. Sper că exemplele şi analiza lor pot clarifica ce înseamnă termenul „pacient“ în momente diferite şi de unde provin sensurile tradiționale şi prejudiciabile.

Am avut de asemenea tendința de a păstra pronumele masculin la persoana a III-a în scopul de a evita o frazeologie stângace şi, de asemenea, deoarece punctele de vedere expuse în această carte indică faptul că prejudecățile nu sunt gestionate corespunzător doar printr-o simplă manipulare a termenilor.

Partea I

Experiența brută

CAPITOLUL 1

Suferința trăirii

Deoarece, ca mulți alții, am fost naiv şi inocent la debutul activității mele într-o comunitate terapeutică, am fost deseori contrariat la început de cât de inconfortabilă era activitatea mea. Acest lucru părea în neregulă, fiind vorba despre o formă de terapie despre care gândisem că promite satisfacție pentru toată lumea. Primul impact pe care îl are comunitatea asupra nou-venitului are de obicei de-a face cu felul în care îl face să se simtă. Acest capitol va începe, aşadar, cu o serie de perspective legate de experimentarea comunității.

Întâlnirile de grup nu sunt întotdeauna evenimente utile. De asemenea — şi acest lucru este ceva foarte diferit — grupurile sunt deseori trăite ca fiind inutile. Voi distinge între grupurile ce sunt cu adevărat inutile şi cele ce par inutile şi, în acest scop, voi începe cu ultimele. Argumentul avansat aici este că, indiferent de natura experienței, ea poate fi folosită chiar dacă este vorba despre experiența de a fi inutile.

Întâlniri care merg prost

Mă refer aici la tipul de grup în care nimic nu pare să meargă. Personalul medical ajunge într-un final să se simtă încolțit şi pierdut. Când o întâlnire pare să meargă prost în ciuda eforturilor concertate ale personalului, există deseori tendința de a descărca experiența dezagreabilă în grupul personalului medical, după întâlnire.

În aceste discuții apar anumite aspecte: mai întâi, începe o discuție întru câtva tensionată şi în ultimă instanță inutilă, legată de scopul întâlnirilor comunității terapeutice, apoi apare descărcarea emoțională sub forma unor plângeri ale personalului că întâlnirea a mers prost sau greşit. Aceste discuții ale personalului urmează un curs previzibil. Unii oameni vor pune la îndoială valoarea întâlnirilor, citând deseori pacienți derutați cărora nu le este clar scopul acestora. Alții, probabil identificându-se cu comunitatea mai mult decât ceilalți, privesc această chestiune ca fiind de mult elucidată şi nedemnă de a fi repusă în discuție. Aceste discuții se termină deseori fără nicio concluzie şi nu conduc la nicio schimbare. Nimeni nu poate da răspunsuri convingătoare la aceste îndoieli şi, în acelaşi timp, nimeni nu insistă să ajungă la o concluzie. Rezultatul nu este niciodată vreun răspuns, o nouă hotărâre sau o nouă decizie.

Centrală în aceste discuții este atmosfera întâlnirii, care provine dintr-o trăire comună că ceva nu a mers aşa cum trebuie. Personalul medical a experimentat la nivel colectiv un eveniment inconfortabil şi apoi toți îşi spun oful împreună. Reacțiile lor individuale diferite — fie critici disprețuitoare, fie o încredere resemnată — sunt puse, aşa cum crede personalul medical că ar trebui să fie, în termeni raționali. Dar ele au rezultat din

aceste sentimente împărtăşite. Discuția este o descărcare a unor sentimente dezagreabile, mai degrabă decât un efort de a defini problemele.

Putem trece acum la studierea tipului de întâlnire a comunității terapeutice ce provoacă disconfort personalului.

E 1.1 Întâlnirea care a mers prost[1]

Cam cu trei săptămâni înainte de vacanța de Paști, într-o marți după-amiază, a avut loc o întâlnire de aproximativ 35 de persoane. În această întâlnire, erau trei vizitatori și un pacient nou. Săptămâna precedentă fusese marcată de mai multe explozii de violență (în mod normal, foarte rare în această comunitate).

La scurt timp după momentul stabilit pentru începerea ședinței, ne-am instalat cu toții într-o tăcere incomodă. Unul sau doi oameni au venit mai târziu, umplând scaunele goale. Ultimul venit, Adam, a vrut să se așeze, dar a văzut că scaunul era rupt. El a ezitat, nesigur ce să facă deoarece nu mai existau scaune libere în afara celui de lângă Brian, care își pusese picioarele pe el. Brian nici nu a schițat vreun gest de ajutor pentru Adam, nici nu s-a oferit să-și mute picioarele de pe cel de-al doilea scaun. În cele din urmă, Christine, care stătea în partea opusă a sălii, l-a întrebat pe Brian de ce nu îi oferă scaunul lui Adam. Atunci, Brian și-a mișcat picioarele de pe scaunul gol, fără să scoată vreun cuvânt. Acest exemplu de indisponibilitate tăcută a indicat cu acurațețe atmosfera emoțională a întâlnirii. Tăcerea s-a instalat din nou. După 5–10 minute, o pacientă, Diana, a început să emită un monolog adresat nimănui anume. Părea pornită s-o țină așa

[1] Toate numele utilizate în ilustrări sunt fictive. **(N.a.)**