

„Siła i ograniczenia w pracy socjoterapeutycznej - doświadczenia z pracy własnej.”⁶⁴

Wprowadzenie

W artykule przedstawimy nasze doświadczenie w pracy z młodzieżą w oparciu o stosowanie technik socjoterapeutycznych w różnych miejscach pracy. W kolejnych etapach zaprezentujemy proces krótkoterminowej grupy socjoterapeutycznej, techniki socjoterapii w pracy z młodzieżą w ośrodku wychowawczym, w pracy z pacjentami w oddziale stacjonarnym psychiatrycznym, w psychoterapii grupowej adolescentów oraz w kontakcie z wychowankami domu dziecka, a także odniesiemy się do znaczenia współpracy z rodzicami/ opiekunami prawnymi dla powodzenia oddziaływań socjoterapeutycznych.

Poszczególne miejsca pracy przysparzały określonych trudności, ale również ukazywały możliwości wspierania rozwoju osobowości adolescentów oraz ich funkcjonowania w relacjach interpersonalnych dzięki stosowanym technikom socjoterapii. Uczestnicy zajęć poprzez uczenie się i mechanizm identyfikacji zyskiwali nowe kompetencje i umiejętności społeczne, a integracja z grupą budowała ich zdolność do wchodzenia w zależność. Ponadto użytkowali oni przestrzeń do korekcyjnego doświadczenia. Zwłaszcza ta ostatnia funkcja wydaje się być ważna z uwagi na prezentowane przez pacjentów/ uczestników grup/zajęć problemy.

Adolescenci, z którymi miałyśmy możliwość pracować, ze względu na specyfikę różnych miejsc pracy, prezentowali często cechy nieprawidłowego rozwoju struktury osobowości, gdzie najczęściej dominowała obserwacja niskiego BPO typ borderline - adolescenti z brakiem ciągłości więzi w znaczących relacjach, doświadczeniem agresji oraz niskie BPO typ narcystyczny, często o cechach antysocjalnych (O. Kernberg) [1], [2]. Te doświadczenia po-

⁶⁴ Tekst powstał jako opracowanie wystąpienia autorek na II Konferencji Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów i Trenerów 8 VI 2019r. w Bydgoszczy.

II Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów i Trenerów

kazywały wartość socjoterapii oraz jej równoległe ograniczenia wobec dominującej problematyki, wymagającej oddziaływań psychoterapeutycznych.

W publikacji staramy się wskazać możliwości, jakie daje socjoterapia dla wspierania kompetencji i rozwoju młodych ludzi. Warto podkreślić, że zawsze należy pamiętać o rozróżnieniu psychoterapii od socjoterapii, a tym samym pamiętać o odmienności podejmowanych przez prowadzących interwencji i aktywności. Chcemy również wskazać wartość, jaką daje nam paradygmat psychodynamiczny dla pogłębiania rozumienia procesów zachodzących między uczestnikami, a co z tego wynika, wspiera zasadność i adekwatność realizowanych aktywności socjoterapeutycznych. Praca socjoterapeutyczna kierowana jest do szerokiej grupy odbiorców: zarówno osób, które posiadają pewne trudności, ale również do tych, którzy po prostu chcą poszerzać posiadane już kompetencje lub nabywać nowe. W opisanych przez nas doświadczeniach oddziaływania socjoterapeutyczne kierowane były głównie do grup osób z deficytami lub obecnością mniej dojrzałych form reakcji w zakresie funkcjonowania interpersonalnego (osoby te niejednokrotnie wymagały równoległej pracy psychoterapeutycznej lub/i opieki psychiatrycznej).

Zagadnienia teoretyczne

Przeglądając literaturę przedmiotu, spotkać można rozważania teoretyczne odnośnie możliwości doprecyzowania, czym jest socjoterapia, przy uwzględnianiu odmiennych paradygmatów naukowych. Uznajmy, że najogólniej można ją rozumieć jako formę pomocy psychologicznej na pograniczu psychoterapii, psychoedukacji i treningu interpersonalnego (Sawicka 1999)[3]. M. Wilk (2014)[4] proponuje definicję socjoterapii jako „zespołu oddziaływań psychopedagogicznych realizowanych w trakcie zajęć grupowych w stosunku do dzieci i młodzieży z grup ryzyka i zagrożonych dysfunkcjami psychospołecznymi”. Adresatami oddziaływań socjoterapeutycznych najczęściej stają się młodzi ludzie z trudnościami w realizacji zadań rozwojowych, sprawiający problemy wychowawcze, stosujący dezadaptacyjne mechanizmy funkcjonowania. W kontekście objawowym będą oni przejawiali zaburzenia zachowania, zaburzenia emocjonalne, a u części z nich zaobserwujemy cechy nieprawidłowo kształtującej się osobowości. Niejednokrotnie na ich rozwój psychospołeczny znacząco wpływa dysfunkcyjne środowisko rodzinne. Ta sama grupa dzieci czy nastolatków mogłaby zapewne trafić do gabinetów psychoterapii, warto jednak podkreślić odmiennność celów tych dwóch oddziaływań. Psychoterapię będziemy więc kojarzyć z procesem leczenia, w rozumieniu psychodynamicznym „prowadzącym do zmian w zakresie pewnych cech osobowości pacjenta, jego sposobów adaptacji do nowych sytuacji, do zmian w obrębie niekorzystnych i nieadekwatnych mechanizmów obronnych, do przestruktur-

zowania wewnętrznych obiektów; odbywający się w kontekście rozwijającego się przeniesienia, któremu z reguły towarzyszy opór pacjenta” (Wilk, 2014)[4]. W kontekście pracy z dziećmi i młodzieżą warto podkreślić znaczenie wspierania ich rozwoju -pomocy w rozwiązywaniu kryzysów rozwojowych i realizacji określonych zadań rozwojowych. To zapewne punkt styczności z oddziaływaniami socjoterapeutycznymi. Ich cel można bowiem określić jako „uczenie się przez uczestników nowych zachowań i umiejętności, umożliwiających im realizację ważnych celów życiowych oraz wzmacnianie poczucia własnej wartości”.(John-Borys, 2005, za: Sawicka 1999) [5]. W procesie socjoterapii duże znaczenie ma relacja z grupą i prowadzącym, pełniąca jednak bardziej funkcję korektywną i modelującą prawidłowe zachowania społeczne niż zmieniającą strukturę osobowości. Ta forma pracy często będzie punktem wyjścia do pogłębionej pracy w obszarach problemowych, jaką oferuje psychoterapia. Nierzadko skala obserwowanych problemów uniemożliwi młodemu człowiekowi skorzystanie z tej formy pracy. Pomocne w tym zakresie wydaje się rozróżnienie, czy trafiający do kontaktu z nami podopieczny prezentuje zaburzenia na poziomie cech osobowości czy też na poziomie struktury osobowości (Wilk, 2014 za: Clarkin, Fonagy, Gabbard, 2010) [4,8]. Wydaje się, że do pracy socjoterapeutycznej bardziej predestynowani są nastolatkwie z pierwszej grupy zaburzeń.

Warto podkreślić, że dokonanie wnikliwej diagnozy psychodynamicznej, obejmującej istotne aspekty funkcjonowania naszego podopiecznego (w tym kontekście istotne wydają nam się przede wszystkim: dominujący typ relacji z obiektem, stosowane mechanizmy obronne, poziom rozwoju superego, zdolność do mentalizacji i funkcjonowania refleksyjnego) (Lingiardi V. 2019, Kernberg P. 2000) [6,7] będzie warunkować dobór struktur do pracy z daną grupą.

Prezentacja pracy własnej

Krótkoterminowa grupa socjoterapeutyczna

Krótkoterminowa grupa socjoterapeutyczna została stworzona dla młodzieży z rozpoznaniem zaburzeń zachowania. Czas trwania grupy zamkniętej regulowany był przez możliwości refundacyjne placówki– określony został na 2 miesiące, z częstotliwością 2 godziny w tygodniu. Główna trudność dotyczyła obecności 8 osób z rozpoznaniem, które zakładało ich tendencję do łamania zasad. Nasza obawa dotyczyła możliwości utrzymania do końca pełnego składu grupy. Spotkania z rodzicami miały odbyć się 3-krotnie: na początku grupy, po miesiącu i na podsumowanie końcowe. Uczestnicy byli świadomi naszej bieżącej współpracy z ich rodzicami oraz możliwości pozyskiwa-

nia przez nas informacji na temat ich bieżącego funkcjonowania. Grupa obejmowała 6 chłopców i 2 dziewczynki - osoby oczekujące w liście kolejkowej NFZ na możliwość realizacji psychoterapii, w ramach PZP.

Grupa miała charakter zamknięty. Realizowana była w oparciu o struktury psychologiczno- socjoterapeutyczne, mające na celu zyskiwanie przez uczestników zdolności do rozwijania kompetencji społecznych, zyskiwania kontroli nad własnym zachowaniem, szczególnie przejawami agresji.

W początkowym etapie uczestnicy byli dostosowani, podpisali kontrakt grupowy oparty o jasne zasady dające możliwość uczestnictwa w grupie. Każdy z uczestników przedstawiając się i będąc w etapie integracji pomijał własne trudności z agresją. Nasza aktywność skierowana była wówczas z jednej strony na wzmocnienie ich otwartości do przekazania informacji o sobie (zainteresowaniach, funkcjonowaniu), a z drugiej na uzupełnieniu ich samopopisu o informacje pozyskane w procesie konsultacji, dotyczące zgłaszanych trudności w relacjach społecznych.

Fakt ugrośnienia przez nas wiedzy o problemach w kontroli zachowania, przy jednoczesnym podkreśleniu obserwowanych i relacjonowanych zasobów i kompetencji, spowodował redukcję napięcia, obserwowaną wśród uczestników. W trakcie kolejnych spotkań obserwowałyśmy silne zaangażowanie uczestników, ich dostosowanie i aktywność, równolegle widoczne stało się napięcie w części z nich, w związku z potrzebą zaprezentowania własnego „dobrego wizerunku”. To zjawisko budziło w nas obawę, że obserwowane napięcie może być rozładowane poprzez zachowania acting out.

Nasza obawa była słuszna i już po kolejnych zajęciach, rodzice przekazywali nam informacje o nieprawidłowościach w zachowaniu ich dzieci. Wówczas odniosłyśmy się do tego aspektu na grupie, mówiąc, że ich dotychczasowy kontakt stanowił ich mocną wzajemną pracę, jednak, że pamiętamy, że każdy z nich jest tutaj z powodu nieprawidłowych zachowań i ich omawianie jest ważne i daje przestrzeń do możliwości pracy nad nim.

Główny dylemat: Trudność obejmowała świadomość problematyki każdego z pacjentów (zaburzeń zachowania, obserwacji cech nieprawidłowego rozwoju osobowości). Obserwowane zjawisko idealizacji i rozszczepienia oraz zachowań acting out pomiędzy spotkaniami stanowiło trudność i rodziło w nas dylemat wobec wystarczających możliwości, jakie daje grupa socjoterapeutyczna do korekty zgłaszanych trudności. Jednocześnie cały czas pamiętałyśmy o przyjętej formule i fakcie niefunkcjonowania w oparciu o zasady grupy terapeutycznej, co znacząco determinowało naszą aktywność. Niemożliwe było

(pamiętając, że stanowimy grupę socjoterapeutyczną, a nie psychoterapeutyczną) analizowanie obserwowanego rozszczepienia w oparciu o proces grupowy w rozumieniu stosowania interwencji psychoterapeutycznych, czyli nazywaniu ich nieświadomych typów budowania relacji z obiektem w kontekście obecnie obserwowanej dynamiki grupy. Podjęliśmy wówczas aktywności o charakterze socjoterapeutycznym, mające jednak pełnić funkcję integracji rozszczepienia i minimalizowania acting out (nazwałyśmy ich potrzebę zachowania dobrych relacji w grupie i ochrony przed treściami potencjalnie „psującymi atmosferę”, burzącymi poczucie bezpieczeństwa, jednocześnie odnosząc się do możliwości omawiania i pracy nad trudnościami w relacjach na naszych spotkaniach). Wprowadziłyśmy strukturę obejmującą pracę nad zdolnością do prospołecznego wyrażania złości - „strategie działania - to ja decyduję”. Struktura polegała na wniesieniu przez każdego z uczestników informacji problemowej, przekazywanej przez rodziców (na osobnych, wcześniej ustalonych spotkaniach, o których uczestnicy posiadali wiedzę) i rozpisania ich rozumienia powodu doświadczanej złości, rozróżnienia, która reakcja była wyrażeniem złości, a która przejawem agresji, stworzenie pomysłów, co mogliby zrobić kolejnym razem, aby ich reakcja była dojrzsza. Poprosiłyśmy uczestników, aby w kolejnym tygodniu każdy z nich odnotował zachowanie, w którym utracił panowanie nad sobą i/lub złościł się, ale też potrafił zapanować nad sposobem wyrażenia emocji. Zadanie przyniosło korzystny efekt, uczestnicy znacznie swobodniej wprowadzali informacje ze swojego życia, bez poczucia lęku przed negatywną oceną. Kolejne struktury obejmowały pracę w obszarze treningu umiejętności wyrażania emocji w relacjach - scenki „co lubię, czego nie lubię w Tobie”. Stałość struktury „strategie działania - to ja decyduję”, dało możliwość minimalizowania acting out i częściowej redukcji rozszczepienia. Wzmacnianie pozytywnych aspektów każdego z uczestników grupy, ich otwartości i gotowości do omawiania swoich trudności oraz odnoszenie się do problemów z zachowaniem w codziennym funkcjonowaniu pełniło funkcję rozwoju ich umiejętności społecznych oraz stanowiło mianownik grupowy („mamy wspólną trudność z kontrolą własnego zachowania, ale możemy bezpiecznie o tym rozmawiać”). W podsumowaniu pracy grupy rodzice wnosili, że w ich odczuciu dzieci częściej podejmowały kontrolę swojego zachowania w codziennych relacjach.

Po zakończeniu grupy otrzymywałyśmy informację o kilku uczestnikach, którzy byli objęci procesem psychoterapii indywidualnej przez innych terapeutów. Prezentowane przez nich zaburzenia zachowania nadal utrzymywały się, co wynikało z poziomu posiadanych przez nich mechanizmów obronnych (rozszczepienie, acting out, projekcja), ale uczestnictwo w kontakcie grupowym i omawianie widocznych problemów wyraźnie wzbudzało

mniej napięcia w sytuacji nazywania i nadawania rozumienia obserwowanym trudnościom. Terapeuci indywidualni, którzy pracowali z młodzieżą, podkreślali, że ich pacjenci uczestnictwo w grupie socjoterapeutycznej przeżyli jako korekcyjne doświadczenie. To otwierało dla pracy terapeutów przestrzeń do pokazywania pacjentom momentów, w których potrafili kontrolować swoje zachowanie. Dawało to możliwość odnoszenia się do odmiennego i bardziej dojrzałego zachowania, a tym samym wносиło nowy materiał do pracy psychoterapeutycznej.

Częstą obserwowaną trudność w pracy socjoterapeutycznej stanowi obecność u uczestników i uwzględnienie wpływu na ich aktywność cech nieprawidłowego rozwoju struktury osobowości. Pojawia się wówczas dylemat, jak dostosować struktury dające możliwość nabywania nowych umiejętności i zamodelować pracę grupy, aby odnosić się do obserwowanych kwestii, nie przekraczając jednak zasad pracy socjoterapeutycznej. W przypadku pracy z tą grupą rozumienie psychodynamiczne procesu grupowego było pomocne do konstruowania struktur oraz omawiania pracy grupowej z uwzględnieniem ich wzajemnej aktywności poprzez wzmacnianie bardziej dojrzałych reakcji prezentowanych przez uczestników. Realizacja tych celów pracy socjoterapeutycznej możliwa była w oparciu o proponowanie innych, bardziej konstruktywnych rozwiązań na kontrolę i sposób wyrażania doświadczanych emocji, tym samym dając możliwość rozwoju bardziej dojrzałych zachowań. Ten aspekt pełnił funkcję korektywnego doświadczenia, rozwijającego nowe umiejętności.

Socjoterapia w pracy z młodzieżą w ośrodkach wychowawczych

Podobne trudności pojawiały się w pracy superwizyjnej w jednym z ośrodków wychowawczych (MOW, 2-letni proces), gdzie duża część wychowanków prezentowała nieprawidłowy rozwój osobowości (O. Kernberg, niskie lub średnie BPO typ narcystyczny, antisocjalny)[1,2], historie przerywanych i/ lub nacechowanych agresywnością więzi rodzinnych, które wpływają na dominację prymitywnych mechanizmów obronnych kształtujących typ relacji z obiektem oparty o projekcję wrogości, tworzącą wrogi świat oraz przeżywanie innych (obiektów) jako zagrażających, manipulujących i podstępnych. Taki obraz obiektów determinuje przeżywanie własnego obrazu self jako pozostającego w konieczności prezentowania podobnej postawy, celem ochrony przed wykorzystaniem [1,2]. Tylko część wychowanków objęta była procesem psychoterapeutycznym, główne aktywności w placówce obejmowały pracę socjoterapeutyczną i wychowawczą (resocjalizacyjną). Superwizja dynamiki przebiegu procesów socjoterapeutycznych, analizy sposobu budowania relacji w oparciu o prezentowany przez wychowanków poziom rozwoju struktury oso-

bowości i mechanizmów obronnych stawał się silnym narzędziem dającym osobom prowadzącym zajęcia lepsze rozumienie własnych emocji i reakcji w kontakcie z wychowankami. Tym samym tworzyło to perspektywę do zyskiwania większej świadomości podejmowanych aktywności ukierunkowanych na korektę zachowania wychowanków. Omawianie zachodzących procesów uświadamiało wpływ przeciwprzeniesienia wychowawców na jakość i formę podejmowanych aktywności wobec prezentowanego przez wychowanków zachowania, które mogło wskazywać na tendencję do odtwarzania określonego typu relacji z obiektem. Nazywanie tego zjawiska było pomocne do konstruowania strategii pracy socjoterapeutycznej tak, by móc modyfikować agresywne zachowania wychowanków, ale też i minimalizować odreagowania wychowawców. Przykładem ilustrującym opisywany temat może być superwizja zespołu dwóch wychowawców, w reakcjach których widoczna była obecność ulegania mechanizmowi rozszczepienia: jeden z wychowanków wzbudzał u jednego z wychowawców emocje opiekuńczości i troski (identyfikacja wychowawcy z opuszczoną i skrzywdzoną częścią pacjenta wymagającą opieki), drugi z wychowawców miał poczucie, że jest dewaluowany i traci swój autorytet na tle grupy (identyfikacja z wrogią, agresywną częścią pacjenta) - wychowanek podważał autorytet wychowawcy, pozostawał mocno dewaluujący. Rozszczepienie pomiędzy wychowawcami (idealizacja i dewaluacja) skutkowało tym, że jeden z wychowawców bywał nadmiernie wyrozumiały i okresowo niestawiający granic w kontakcie z wychowankiem. To w efekcie powodowało poczucie bycia skontrolowanym. Drugi prezentował tendencję do zachowań acting out - pozostawał nadmiernie surowy i krytyczny. Ten mechanizm skutkował okresowymi konfliktami pomiędzy wychowawcami. Nazwanie obecności rozszczepienia i omówienie jego funkcji w procesie oddziaływań socjoterapeutycznych wraz ze zwróceniem uwagi na konieczność jasnego przestrzegania ustalonej struktury i zasad pracy wzmocniło wychowawców w pracy z wychowankiem, dzięki czemu oboje mogli pozostać bardziej neutralni i spójni w swoich interwencjach podczas zajęć socjoterapeutycznych. Wychowanek zaczął z czasem doświadczać emocji złości, jak i okresowego zbliżania się w relacji z dwoma wychowawcami, co było widoczne w jego postawie wobec uznania zasad grupy socjoterapeutycznej i podejmowania aktywności w oparciu o struktury socjoterapeutyczne.

Techniki socjoterapeutyczne w pracy z pacjentami w oddziale stacjonarnym psychiatrycznym

Techniki socjoterapeutyczne oraz psychoedukacja stanowiły również silne narzędzie do pracy z dziećmi i młodzieżą w stacjonarnym oddziale psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej. Pacjenci, poza uczestnictwem w psychote-

rapii, leczeniem psychiatrycznym, wspomagani byli grupami o charakterze socjoterapeutycznym - trenując rozwój różnych umiejętności społecznych, które mogły być omawiane w oparciu o ich funkcjonowanie w społeczności szpitalnej. Ta społeczność stanowiła odzwierciedlenie ich funkcjonowania w codziennych relacjach - szkolnych, rówieśniczych. Bardzo pomocne przy pracy z pacjentami z zaburzeniami zachowania stało się wprowadzanie tzw. kontraktów pracy ukierunkowanych na korektę zachowania pacjentów. W kontraktach jasno były określone prawidłowe zachowania i wskazywane te, które stanowiły przekroczenie normy. W skali tygodniowej zachowania były punktowane i omawiane. Obserwowane trudności z zachowaniem mogły być omawiane w postaci wprowadzanych na zajęciach socjoterapeutycznych struktur dających przestrzeń do pracy nad prezentowanymi trudnościami- struktury dobierane były do zgłaszanych trudności- głównie dające możliwość obserwacji stopnia zdolności do tolerowania frustracji, rozumienia własnych emocji i sposobu ich ekspresji, umiejętności funkcjonowania w relacjach interpersonalnych i prezentowanych wzajemnych reakcjach). Równolegle toczący się proces psychoterapii stanowił podstawowe narzędzie do możliwości zyskiwania u pacjentów zmiany, jednak oddziaływania socjoterapeutyczne i behawioralne (kontrakty) stanowiły silne wsparcie dla nabywania i rozwijania przez nich nowych kompetencji. Grupy socjoterapeutyczne odbywały się raz w tygodniu. Struktury dostosowywane były do aktualnych potrzeb pacjentów, głównie ukierunkowując pracę w stronę rozwoju umiejętności komunikacji, kontroli zachowania, prorozwojowego wyrażania emocji. Widoczny był korzystny wpływ działań socjoterapeutycznych jako wsparcie dla procesu psychoterapii. Zdobywane kompetencje przekładały się na poprawę funkcjonowania dzieci i młodzieży w społeczności szpitalnej. Trudność polegała na pozostawianiu w czujności wobec nieświadomego prowokowania pacjentów do przenoszenia treści z procesu psychoterapii na grunt zajęć socjoterapeutycznych, np. chęć odreagowania treści z procesu psychoterapii. Wówczas te aspekty zawsze musiały być omówione w procesie psychoterapii, celem niwelowania zachowań typu acting out. Osoby realizujące oddziaływania terapeutyczne, jak i socjoterapeutyczne pozostawały w dialogu, celem analizy dynamiki procesów psychoterapii i socjoterapii.

Techniki socjoterapeutyczne w psychoterapii grupowej adolescentów

W naszej dwuletniej współpracy w procesie psychoterapii grupowej adolescentów w ramach dziennego oddziału psychiatrycznego (psychoterapia długoterminowa; grupa 5 razy w tygodniu) również dostrzegaliśmy ogromną wartość płynącą ze stosowania technik socjoterapeutycznych. Wprowadzanie takiej formuły w proces terapii grupowej pełniło różne funkcje: umożliwiała

rozwijanie kompetencji społecznych, których brak lub niedostatek obserwowany był wśród pacjentów lub stanowiło narzędzie dające dostęp do nieświadomych przeżyć pacjenta, poprzez mechanizm projekcji (np. w rysunkach grupowych: „wyspa marzeń”, „nasza grupa”). W sytuacji zagrożenia atakiem nieświadomej agresji pacjentów poprzez acting out, równolegle dla procesu analizy dynamiki grupy i zjawiska przeniesienia, wprowadzenie struktury socjoterapeutycznej ukierunkowanej na obserwowaną problematykę stwarzało możliwość skontrolowania mechanizmu acting out i zredukowanie jego siły. Przykładem może być sytuacja, gdy grupa prezentowała nasilone projekcje własnej wrogości na terapeutów i tendencje do dewaluowania wartości grupy. Na tym etapie procesu grupowego wprowadzałyśmy technikę ukierunkowaną na rozwój zdolności do wyrażania złości: „co lubię, czego nie lubię w grupie”. Każdy z uczestników w sposób anonimowy pisał na kartce dwie informacje, które następnie były wrzucane do pudełka, losowo odczytywane i segregowane na dwie części. Stwarzało to przestrzeń do integracji rozszerzenia, rozwijania bardziej ambiwalentnego obrazu grupy oraz wspierało zdolność pacjentów do wyrażenia własnych emocji w sposób akceptowany społecznie. Struktura pełniła funkcję korekcyjną, dającą możliwość rozwoju rozumienia i wyrażania swoich uczuć a także stwarzała możliwość analizy opisywanych treści w oparciu o proces grupowy.

Silne narzędzie stanowiła struktura tzw.: „Liderzy”, czyli technika behawioralna ukierunkowana na przyznawanie sobie wzajemnie przez uczestników liderów za prospołeczne zachowania (np. lider odwagi, lider przyjaźni, lider asertywności). Pacjenci mogli również otrzymać od terapeutów punkty ujemne skutkiem prezentowania niewłaściwych zachowań. Zebranie określonej liczby liderów prowadziło do otrzymania nagrody indywidualnej (drobnego upominku wybieranego z dostępnej puli) lub nagrody grupowej (wybranej przez grupę wspólnej aktywności, np. możliwości wspólnego oglądania filmu lub robienia pizzy). Jednocześnie punkty ujemne redukowały możliwość aktywności grupowej, np. poprzez czasową przerwę w terapii lub ryzyko przedterminowego wypisu z grupy. Ta technika stanowiła ważne narzędzie, dzięki któremu w sposób czytelny (wersja graficzna, duża tablica z liderami) oraz przy codziennym omówieniu w podsumowaniu grupy, adolescenti posiadali możliwość obserwacji zmienności swojego funkcjonowania, doświadczania własnej sprawczości, w tym wpływu na możliwość i jakość bycia w grupie. Ponadto wspierała redukcję siły mechanizmu projekcji wrogości (przeżywania terapeutów jako impulsywnych i wrogo karzących), dzięki możliwości odniesienia się do ciągłości i graficznego zapisu analizy zachowania pacjenta.

Doświadczenie łączenia psychoterapii grupowej z technikami socjoterapeutycznymi dawało w naszym odczuciu korzystne efekty zmiany objawowej. Ten model terapeutyczny sprawdził się również w odniesieniu do grupy pacjentów w okresie wczesnej adolescencji z rozpoznaniem całościowych zaburzeń rozwoju, spotykającej się w wymiarze 2 godzin, raz w tygodniu. Dla uczestników tej grupy znacząca wydawała się kwestia budowania pozytywnego obrazu siebie w oparciu o pracę w obszarze akceptacji własnych deficytów. Służyły temu struktury takie jak: „Moje mocne strony”, „Co w tobie lubię” (udzielanie sobie informacji zwrotnych z naciskiem na dostrzeganie wzajemnych zasobów), jak również struktury z elementami psychoedukacji zwiększające wiedzę na temat posiadanej diagnozy oraz osławiające ją. Pacjenci mieli możliwość przeżycia doświadczenia bycia akceptowanym i lubianym przez innych, mimo obserwowanych u siebie ograniczeń. Ponadto uczyli się rozmawiać ze sobą na ten temat, tym samym nabywając nowe kompetencje oraz zyskiwali lepsze rozumienie doświadczanych emocji.

Techniki socjoterapeutyczne w pracy z wychowankami placówki opiekuńczo-wychowawczej

Praca psychologa w placówce opiekuńczo-wychowawczej umożliwiła 3,5-letnie doświadczenie prowadzenia grupy socjoterapeutycznej stworzonej dla wychowanków. Utworzenie grupy socjoterapeutycznej w obrębie placówki było odpowiedzią na zgłaszane przez wychowawców trudności w kontakcie z nastoletnimi wychowankami (brak umiejętności wyrażania uczuć i potrzeb w sposób adekwatny, tendencje do odreagowywania, trudność w rozwiązywaniu konfliktów w obrębie społeczności mieszkania), niepokój o ich nieprawidłowy rozwój społeczny, szczególnie w obrębie identyfikacji z antyspołecznymi wzorcami zachowań. Grupę prowadziło dwóch psychologów, zatrudnionych w placówce, pracujących również w ramach innych struktur z wychowankami. Spotkania odbywały się raz na 2 tygodnie, trwały 2 godziny. Co istotne dla przebiegu procesu grupowego, była ona obowiązkowa dla wszystkich wychowanków, którzy ukończyli 14. rok życia i przeszli proces adaptacji do warunków placówki. Ustalone zasady odwoływały się do budowania poczucia bezpieczeństwa w grupie i zaangażowania w zajęcia.

Celem pracy grupy było doskonalenie u wychowanków umiejętności w zakresie komunikacji interpersonalnej (dzielenia się z innymi swoimi uczuciami, przemyśleniami, problemami), zwiększanie zdolności do konstruktywnego rozwiązywania sporów, budowanie tożsamości w oparciu o identyfikację z pożądanymi wzorcami społecznymi, budowanie sieci wsparcia.

Proces grupowy prezentował intensywną i zmienną dynamikę. Mialiśmy wrażenie, że grupa jest szczególnie wrażliwa na sytuacje wpływające na poczucie spójności grupy (dołączanie nowych uczestników, odejścia z grupy, prowadzenie grupy przez jedną z nas), co wydaje się zrozumiałe z uwagi na doświadczenie każdego z uczestników, będącego nierzadko nieustannym powtarzaniem traumy porzucenia. W sytuacjach zmian w grupie pojawiał się w większości uczestników lęk, często maskowany nasilonymi zachowaniami agresywnymi (atakowanie zasad grupy, konfrontacje z prowadzącymi) lub obronną dewaluacją doświadczenia grupowego. Mialiśmy wtedy dylemat, jaką aktywność zaproponować, jaki komentarz byłby adekwatny. Ratunkiem dla doświadczanego przez nas poczucia bezradności wobec intensywnych ataków na więzi grupowe było wprowadzenie systemu motywacyjnego (techniki behawioralnej) – wychowankowie mogli przyznawać sobie nawzajem punkty. Zebranie określonej puli punktów przez całą grupę wiązało się z nagrodą w postaci możliwości wyboru aktywności dla całej grupy. Każdorazowo, ku naszemu zdziwieniu, były to propozycje angażujące również nas, dorosłych (wspólne oglądanie filmu, ulubiona planszówka, gra w podchody). W toku pracy grupy zauważyliśmy wzrost adekwatności w zakresie przyznawanych sobie nawzajem punktów, zwracanie uwagi innym, kiedy łamali zasady. Wychowankowie rzadko „wagarowali” z zajęć, przychodzili na nie punktualnie. Rozumiałyśmy, że przeżywają oni silne dylematy zależnościowe w relacji z nami i grupą, czasem intensywnie rozgrywane podczas zajęć. Obserwowałyśmy jednocześnie pragnienia bliskości, bycia ważnym dla prowadzących i tendencje separacyjne, zaprzeczanie zależności w relacji z dorosłymi. Ci sami uczestnicy podczas jednego spotkania w ramach swojej wypowiedzi potrafili deklarować niechęć do uczestnictwa w zajęciach, przeżywanie nudy i jednocześnie rywalizować u uwagę prowadzących w trakcie wypowiedzi innych, czy angażować się w dyskusje grupy. Zaś otwarta krytyka propozycji prowadzących nie przeszkadzała im aktywnie w nich uczestniczyć. Starałyśmy się nie komentować pragnień zależnościowych, a raczej pamiętać o nich w sytuacjach nasilenia agresji w procesie grupowym. Reflektowałyśmy nasze przeciwprzeniesienie: doświadczaną złość, bezradność, rozczarowanie, co pomagało nam dystansować się wobec zachowań uczestników grupy i nie przeżywać ich jako „osobistych ataków” na nas. Czasem pozostawałyśmy w dylemacie odnośnie tego, jak korzystać z obserwowanych zjawisk przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych, nie przekraczając granic socjoterapii. Często rezygnowałyśmy z komentowania procesu grupowego (w kontekście aspektów nieświadomych dla uczestników), na rzecz opisu obserwowanych zachowań i nadawania im znaczenia w kontekście grupowym. Gdy określona sytuacja znacząco zaburzała przebieg procesu grupowego, w naszych komunikatach przeważały klaryfikacje (np. dominującego afektu w grupie) i konfrontacje (szczególnie w

odniesieniu do obserwowanego mechanizmu zaprzeczania). Uznałyśmy, że praca oparta na analizowaniu z uczestnikami zjawisk procesu grupowego (m.in. dominującego typu oporu, czy obserwowanego typu relacji z obiektem nieświadomie odtwarzanego w relacjach grupowych – z prowadzącymi czy innymi uczestnikami) stanowiłaby właśnie przekroczenie ustalonej formuły. Staraliśmy się jednak wykorzystywać naszą wiedzę do rozeznawania potrzeb/ możliwości grupy i dopasowywania do nich konkretnych struktur, aby udało się realizować założone cele. W tej formule pracy pamiętałyśmy o zachęcaniu uczestników do dzielenia się informacjami zwrotnymi dotyczącymi odbioru wzajemnych zachowań i ich wpływu na przebieg relacji.

Każde spotkanie rozpoczynała i kończyła „rundka”, podczas której uczestnicy, w odpowiedzi na otwarte pytania: „Z czym zaczynasz/z czym kończysz?”, relacjonowali swój nastrój, dzielili się refleksjami. Czasem w tych momentach, a także przy okazji zaangażowania

w struktury (np. odgrywania scenek), ujawniały się wyraźne wątki osobiste naszych wychowanków. Staraliśmy się wtedy zachowywać równowagę pomiędzy dostrzeganiem ich, kontenerowaniem przeżyć a trzymaniem się ustalonej formuły. Kiedy uznawałyśmy to za wskazane, sugerowałyśmy pogłębienie pracy własnej w psychoterapii indywidualnej. W innych sytuacjach dzielenie się osobistymi doświadczeniami, przemyśleniami stanowiło element struktury, uniwersalizując, a tym samym oswajając problemy okresu dorastania w warunkach placówki.

W toku kilkuletniej pracy zauważyłyśmy u naszych uczestników wzrost otwartości

w mówieniu o sobie, ale także udzielaniu sobie informacji zwrotnych, uwewnętrznieniu zasad (np. w postaci pilnowania siebie nawzajem), co wpływało na poczucie spójności grupy. Rozwój tych umiejętności wspierał dojrzewanie struktury osobowości pacjentów oraz wzbogacał ich repertuar umiejętności społecznych.

Praca z rodzinami adolescentów w kontekście oddziaływań socjoterapeutycznych

Wydaje się, że jednym z najtrudniejszych aspektów w pracy socjoterapeuty jest kontakt z rodzinami młodych ludzi pozostających pod naszą terapeutyczną opieką, otwierający pole do szeregu zjawisk, których często stajemy się nieświadomymi uczestnikami.

Wobec tego niewątpliwego wyzwania, jakim jest praca ze znaczącymi dorosłymi (rodzicami/opiekunami), idealnym rozwiązaniem byłoby zachowanie

takiej postawy, w której staramy się z nimi „grać do wspólnej bramki”, unikamy bycia ich sędziami czy terapeutami, ale jednocześnie dbamy o dobro ich dziecka. O trudnościach w kontakcie z rodzicami adolescentów w kontekście psychoterapii indywidualnej i towarzyszącym temu dylematom pisze w swoim artykule Paweł Glita (2017)[9], (rozwijając koncepcję trójkąta przeniesienia-wo-przeciwprzeniesieniowego K. Schier (1999) [10]). Wskazywane przez niego procesy uruchamiane między psychoterapeutą, pacjentem i jego opiekunami, wydają nam się adekwatne do zobrazowania zjawisk momentami obecnych również w pracy socjoterapeuty.

Rodziny, z jakimi pracujemy, można umiejscowić na szerokim kontinuum prezentowanych dysfunkcjonalności: od trudności w realizacji niektórych zadań wychowawczych, przez utrzymujący się kryzys pełnienia ról rodzicielskich aż do pewnych niewydolności, np. wynikających z problemów uzależnienia od alkoholu, czy też funkcjonowania w ramach antyspołecznych wartości (np. kilkukrotne pobyty w więzieniu jednego z rodziców, brak pracy lub dorywcza nielegalna praca destabilizująca bezpieczeństwo ekonomiczne rodziny oraz wprowadzająca standardy niespójnych i zmiennych wartości). Jednocześnie zdajemy sobie sprawę, że mają one niezwykle silny, realny wpływ na nastolatka, że pozostaje on w zależności od nich (zarówno emocjonalnej, jak i „życiowej”).

Warto zwrócić uwagę na fakt, że w obliczu konfrontacji z jakością relacji między naszymi podopiecznymi a ich rodzicami może pojawiać się skłonność, wymagająca czujności i kontroli, do dokonywania szybkiej (niestety często negatywnej) oceny i – w konsekwencji – uruchamiać tendencję do pomijania lub umniejszania ważności kontaktu z opiekunami. Nietrudno bowiem ulec obietnicy stworzenia „swoistej enklawy”, w której problemy rodzinne znikają, dorośli (specjaliści) są tylko dobrzy, a nawet idealnie wpisujący się w oczekiwania nastolatka – tyleż kuszącej, co niebezpiecznej, jeśli zastanowimy się nad konsekwencjami jej realizacji. Jeśli zidentyfikujemy się z często nieświadomymi pragnieniami bycia idealnymi obiektami, co nierzadko jest pragnieniem adolescentów, musimy odłożyć na bok wymagania wobec naszych wychowanków, stojące w konflikcie z ich wyobrażeniami odnośnie braku frustracji w relacji. W opisanym zjawisku, wymagającym ciągłej obserwacji i nadawania mu rozumienia w kontekście dynamiki kontaktu, widoczne jest również w pewnych momentach poczucie omnipotencji terapeuty, który w rozkwicie „magicznego myślenia” (wynikającego rzecz jasna z przeciwprzeniesienia), jest przekonany o swojej nieograniczonej sprawczości, wystarczalności. Łatwo zidentyfikować się z poczuciem krzywdy, opuszczenia młodych ludzi i – w związku z tym - w działaniach rodziców upatrywać wyłącznej od-

powiedzialności za problemy dziecka, odbierając tym samym jemu autonomię i pomijając czynniki biologiczne czy intrapsychiczne w rozumieniu źródeł problemów. Ciągłe monitorowanie takiej tendencji jest konieczne dla zachowania postawy neutralności w podejmowanych działaniach.

Duże ryzyko niesie ze sobą nieświadome pozostawianie we „współpracy” wobec wzmacniania obrony młodzieńczej deidealizacji obiektów rodzicielskich, a tym samym unikania doświadczenia pewnej utraty. Szczególnie na początku pracy zawodowej możemy przejawiać tendencję do wchodzenia w dużej mierze w nieświadomą rywalizację z rodzicami, w oparciu o przekonanie, że oferowane wychowankom aktywności są nie tyle korektywne, co po prostu nieporównywalnie lepsze. Nie skupiając się na kontakcie z rodzicami, nieświadomie broniąc się przed poznaniem ich, pominiemy wtedy zarówno możliwość dogłębnego rozeznania ewentualnych obszarów problemowych, ale też zasobów, które przecież każda rodzina posiada. Warto podkreślić, że w pragnieniu bycia „lepszym rodzicem” dla swoich podopiecznych, czasem nieświadomie odtwarza się znane im doświadczenie opuszczenia, poprzez zaniedbywanie ich potrzeb – nierozoznaczanie sytuacji rodzinnej i jej ewentualnych konsekwencji dla rozwoju młodego człowieka. Brak życzliwego zainteresowania kontaktem z rodzicami może powodować ryzyko nieświadomego wzmacniania poczucia gorszości i wstydu u nastolatków (naszą postawą możemy potwierdzać, że ich rodzina jest niewarta uwagi). Ryzykiem dla ulegania takiemu przeciwprzeniesieniu i nierozoznaczania go jest unikanie formułowania jasnych wymagań odnośnie zmiany zachowania (żeby nie wpisać się na listę absolutnie nierozumiejących czy nadmiernie wymagających obiektów). Tworzymy wówczas pewną iluzję możliwości niedoświadczania frustracji w relacji, ale również potwierdzamy ich poczucie bycia słabymi, niezdolnymi do podejmowania wyzwań. Tym samym możemy przyczyniać się do wzmacniania nieprawidłowości w funkcjonowaniu interpersonalnym i społecznym.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że w określonych sytuacjach trudno jest zaburzone funkcjonowanie nastolatka w relacji z otoczeniem tłumaczyć wyłącznie poprzez mechanizmy regresywne. Niektórzy rodzice poprzez własne nieświadome reakcje prezentowane w postawach opiekuńczo-wychowawczych realnie niekorzystnie wpływają na rozwój swoich dzieci, a do nas należy rozpoznanie skali tych „szkód” i podjęcie adekwatnej interwencji środowiskowej. Interwencja będzie tym bardziej sensowna, im bardziej będziemy rozeznawać własne uczucia przeciwprzeniesieniowe w relacji z rodzicami naszych podopiecznych. W przeciwnym razie nasze działania mogą być nieadekwatne, nadmiarowe oraz impulsywne, podyktowane silnymi emocjami.

Nasze przeżycia w relacji z rodzinami adolescentów, z którymi pracujemy, wynikają zarówno z kontaktu z obrazami obiektów, jakie wnoszą nastolatki, jak i naszych doświadczeń z kontaktem z realnymi obiektami (rodzicami/opiekunami). Rodzice, w pewnych przypadkach, ze względu na obecność własnych nieuświadomionych trudności, mogą przeżywać nas jako nieprzychylnych lub wręcz zagrażających, nadmiernie surowych i rozliczających. Mogą wówczas unikać z nami kontaktu lub wchodzić w niego z dużym dystansem, nastawieniem obronnym. Dominujące w ich przeżyciu poczucie krzywdy może skutkować nadmiernymi oczekiwaniami kierowanymi do specjalistów (z pomijaniem własnego wpływu na oczekiwane zmiany), czy trudnością w uwspólnieniu celów do pracy z dzieckiem. Naturalny staje się fakt obronnej postawy, chroniącej przed rozeznaniem własnej sprawczości wobec trudności u dziecka, a w związku z tym dostrzeżenie możliwości zmiany własnych postaw wychowawczych celem wspomagania rozwoju dojrzałych form funkcjonowania dzieci i adolescentów. Przyjmowanie różnych postaw nadmiernych oczekiwań wobec terapeutów lub odmiennie wchodzenie w unikową postawę często pełni funkcję obronną przed możliwym doświadczaniem urazu narcystycznego („Nie sprawdziłem się jako rodzic”) lub broni przed przeżyciem poczucia winy za wpływ nieprawidłowych postaw opiekuńczo-wychowawczych na funkcjonowanie dziecka. Należy pamiętać, aby tak konstruować kontakt z opiekunami, by otwierać przestrzeń do dialogu i nadawania rozumienia znaczenia wzajemnych relacji dla obecności trudności. W innej sytuacji pojawia się ryzyko przyjęcia surowej, ocennej i karzącej pozycji eksperta.

Warto podkreślić, że trzeba się postarać o zbudowanie przymierza terapeutycznego z opiekunami, wyjść do kontaktu. Próby budowania sojuszu z rodzicami mogą być realizowane przez organizowanie dla nich spotkań, zapraszanie ich na ważne wydarzenia. Należy pamiętać, że tylko wtedy utrzymamy długoterminową relację z wychowankiem, kiedy będzie ona uwzględniała również przestrzeń na jego rodzinę. W przeciwnym razie – wobec siły lojalności naszych podopiecznych wobec systemu rodzinnego – może zintensyfikować się zjawisko wypadania z kontaktu.

Dostrzeżenie wartości kontaktu z rodzicami naszych podopiecznych może się dokonać, jeśli podejmiemy wysiłek zrozumienia ich sytuacji emocjonalnej, jednocześnie zreflektujemy nasze przeciwprzeniesienie i jego źródła. Jest dla nas oczywiste, że nie da się pracować z rodzinami przejawiającymi trudności we wzajemnych relacjach bez doświadczania całego spektrum dyskomfortowych odczuć. Własna praca, regularna superwizja, mogą znacznie zmniejszyć niekorzystne zjawiska.

Pozyskanie rodziców do kontaktu otwiera możliwość psychoedukacji. Stosowaliśmy ją jako narzędzie służące do dostarczania rodzicom kierunków ich aktywności wychowawczej, wskazywania rozbieżności między oczekiwaniami a nieprawidłowymi postawami opiekuńczo-wychowawczymi, wzmacniania odporności na frustrację związaną z bezradnością wobec aktywności dzieci. Używaliśmy wiedzy psychodynamicznej do psychoedukacyjnego opisu etologii zachowań dzieci i dawałyśmy konkretne wskazówki wobec tego, co opiekunowie mogą zrobić.

Trudność w kontakcie z rodzicami adolescentów w różnych instytucjach wiąże się z doświadczaniem podstawowych dylematów: widzeniem czasem obecnej u rodziców psychopatologii własnej, która nieświadomie wpływa i może wzmacniać trudności dzieci (co uruchamia odczucia bezradności wobec ich oporu przed pracą nad sobą, czy też zmianą w systemie rodzinnym), a także dostrzeganiem konieczności wprowadzenia oddziaływań terapeutycznych, przy braku możliwości socjalnych rodziny i braku dostępu do terapii refundowanej. W tych sytuacjach psychoedukacja rodziców, ze wskazywaniem konieczności modyfikacji oddziaływań wychowawczych, tłumaczeniem znaczenia i konsekwencji tych działań staje się narzędziem do możliwości zmiany i zyskiwania poprawy funkcjonowania dzieci i adolescentów.

Podsumowanie

Opisane przez nas doświadczenia wskazują, że z jednej strony socjoterapia, przy refleksowaniu jej siły i ograniczeń, może doskonale wspierać pracę psychoterapeuty grupowego, a z drugiej strony rozumienie psychodynamiczne stanowi istotne wsparcie dla socjoterapeuty.

Socjoterapia, wraz z bogatym repertuarem dostępnych technik, daje zatem możliwość wspierania procesu psychoterapii poprzez rozwój kompetencji potrzebnych pacjentom do prawidłowego funkcjonowania społecznego, zmniejszając ryzyko wystąpienia demoralizacji. Ponadto socjoterapia wspiera zyskiwanie nowych umiejętności i poprawę jakości relacji interpersonalnych u dzieci i adolescentów nieprzejawiających głębokiej patologii w obszarze funkcjonowania społecznego. Mamy tu na myśli tę grupę, u której obserwujemy pewne ograniczenia w prezentowanych kompetencjach społecznych wymagające ich zyskiwania i rozwoju.

Naszym zdaniem, realizacja oddziaływań socjoterapeutycznych, przy rozumieniu zachodzących procesów grupowych i etiologii prezentowanych przez uczestników trudności w kontekście teorii psychodynamicznych, pozwala bardziej adekwatnie ukierunkować dostępne formy pracy oraz uzyskać większą

kontrolę nad nieuniknionymi konsekwencjami zjawisk przeniesieniowo-prze-
ciwprzeniesieniowych.

Literatura:

Yomans F, Clarkin J., Kernberg O.F. (2015). *Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w leczeniu zaburzeń osobowości borderline. Podręcznik kliniczny*. Kraków: PTPPd.

Caligor E., Kernberg O., Clarkin J., Yomans F. (2019). *Psychoterapia psychodynamiczna patologii osobowości. Leczenie self i funkcjonowania interpersonalnego*. Kraków: PTPPd.

Sawicka K. (red.) (1999). *Socjoterapia. Praca zbiorowa*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.

Wilk M. (2014). *Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne*. Sopot: GWP.

John- Borys M. (2005). *Socjoterapia- jak zachodzi zmiana zachowania?* W: M. Deptuła red. *Diagnoza, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.

Lingiardi V., McWilliams N. (2019). *PDM-2 Podręcznik diagnozy psychodynamicznej Tom 2*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kernberg P., Weiner A., Bardenstein K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books

Clarkin J., Fonagy P., Gabbard G. (2010). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders*. London: American Psychiatric Publishing.

Glita P. (2017). *Pacjent młodzieżowy i jego terapeuta w kontekście rodzinnym – perspektywa psychodynamiczna* (2017) W: *Psychoterapia Psychodynamiczna w Polsce 2017/4*, Kraków: PTPPd.

Schier K. (1999). *Terapia psychodynamiczna dzieci i młodzieży: przeniesienie*. W: Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Joanna Klus

Psychoterapeutka psychodynamiczna, socjoterapeutka, psycholog z wieloletnim doświadczeniem pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą w formule indywidualnej i grupowej, w ramach gabinetu, struktury Dziennego Oddziału Psychiatrycznego, Poradni Zdrowia Psychicznego, instytucjonalnej pieczy zastępczej, dziennego ośrodka socjoterapii. Współautorka wystąpień na temat wykorzystywania podejścia psychodynamicznego w pracy z grupami dziecięcymi i młodzieżowymi.

klusjoanna@gmail.com

Marta Nowak

Pedagog, certyfikowany psychoterapeuta (PTPPd, PTP, ISTFP) i superwizor psychoterapii (PTPPd, PTP), trener I i II stopnia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży. Doświadczenie w psychoterapii, socjoterapii, warsztatach i treningach interpersonalnych w kontakcie z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi. Miejsce pracy: Self Gabinet Psychoterapii i Psychoedukacji Sosnowiec, współpraca z Krakowskim Centrum Psychodynamicznym.

m.nowak.terapiaself@gmail.com