

Ewa Stachowiak, Ewelina Rejner-Cupiał

Jak przetrwać burzę?

– o wyzwaniach psychoterapii młodzieży
w ramach dziennego oddziału psychiatrycznego
w oparciu o doświadczenia własne

słowa kluczowe: *adolescencja, dzienny oddział psychiatryczny, setting, psychoterapia grupowa, kwalifikacja do terapii*

Wstęp

Inspiracją do napisania niniejszego artykułu stały się doświadczenia własne w pracy w Dziennym Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży Ośrodka Terapii i Psychoedukacji KOMPAS w Będzinie. Model pracy terapeutycznej tworzony był przez zespół terapeutyczny przez 10 ostatnich lat, ulegał nieustannym modyfikacjom i ulepszeniom dzięki niezliczonym superwizjom¹ i refleksjom, niepowodzeniom i sukcesom.

Zaprezentujemy pokrótce poszczególne ramy oddziału, zasady i narzędzia, jakimi się posługujemy, ich rozumienie oraz konsekwencje – zarówno te pozytywne, jak i negatywne – wybranych przez nas rozwiązań. Opracowany przez nas model pracy jest strukturą dynamiczną i nieskończoną. Pacjenci adolescentni stanowią dla nas wciąż inspirację i wyzwanie, stawiają zespół w sytuacjach, które obnażają niedoskonałości systemu i skłaniają do porzucania stereotypów myślenia, do nieustannych analiz i rozważań, a w efekcie wprowadzania kolejnych modyfikacji.

Dlaczego psychoterapia młodzieży jest trudna

Psychoterapia młodzieży jest wyzwaniem dla psychoterapeutów nie tylko w zakresie organizacyjnym i merytorycznym, ale przede wszystkim mentalnym. Psychoanalityk Richard M. Sarles (Schier, 2000, s. 78) ujmuje to w następujący sposób: „Praca psychoterapeutyczna z adolescentami jest zazwyczaj fascynująca i często frustrująca, zawsze twórcza i często powodująca pomieszanie”. Adolescencja jest bowiem jednym z najtrudniejszych okresów rozwojowych. Jej dynamika porównywana jest do *Sturm und Drang* – okresu burzy i naporów (niem.). Jest to czas, gdzie dwie przeciwstawne tendencje – do regresji i progresji – wywierają na siebie ogromny wpływ. To czas reorganizacji osobowości, który nie bez kozery w literaturze nazywany jest czasem „nie-normalnej normalności”. Według Anny Freud (Schier, 2000, s. 79) czas dojrzewania

¹ Dziękujemy naszemu superwizorowi Pawłowi Glicie, który pomógł nam przetrwać niejedną burzę, rozwija z nami koncepcję pracy i daje nieocenione wsparcie merytoryczne.

można opisać w kategoriach „zaburzenia rozwojowego”. Zaburzenie w tym okresie dotyczy całej osobowości: obejmuje obszar popędowy, organizację ego, wymiar relacji z obiektem oraz pole interakcji społecznych.

Charakterystyczne dla okresu dorastania gwałtowne zmiany w obrębie struktury osobowości powodują, że psychoterapia psychodynamiczna pacjentów powinna być czymś pomiędzy terapią dzieci a psychoterapią osób dorosłych. Katarzyna Schier (2000, s. 83) zauważa istotną trudność techniki w pracy z młodzieżą:

Pacjent w okresie dorastania unika zabawy w sytuacji analitycznej, obawiając się, że mogłaby ona ujawnić jego intensywne, dla niego samego często niezrozumiałe i zagrażające fantazje. Głównym sposobem porozumiewania się w sytuacji kontaktu terapeutycznego jest rozmowa, ale osoba w okresie dojrzewania często unika swobodnych skojarzeń, które stanowią dominującą formę materiału w procesie leczenia osób dorosłych. Dzieje się tak głównie w tych momentach, gdy młody pacjent odczuwa gwałtowny wzrost napięcia emocjonalnego.

Czas normatywnej adolescencyjnej burzy powinniśmy postrzegać jako gwałtowną walkę o znalezienie równowagi wewnętrznej pomiędzy wieloma konfliktami wewnętrznymi:

- narcyzmem a obiektem pokrewnym,
- zależnością a niezależnością,
- dyfuzją tożsamości a stabilnością tożsamości,
- podatnością na zranienie/lękami paranoicznymi a relacjami pełnymi zaufania,
- huśtawką nastrojów/niekonsekwencją a stabilizacją i stałością,
- konkretnością a abstrakcją,
- uczuciem słabości/przeciwstawianiem się autorytetom a radzeniem sobie z autorytetem,
- skłonnością do zachowań typu acting out a komunikacją symboliczną,
- regresją, pasywnością/aktywnością, obronami maniakałnymi a równowagą psychiczną,
- słabym ego/ekspresją somatyczną a opracowaniem emocjonalnym,
- dorastaniem/żałobą po stracie dzieciństwa a czerpaniem przyjemności z nowych możliwości (Anastasopoulou, 2008, s. 143).

W psychoterapii młodzieży musimy zatem wziąć pod uwagę nie tylko specyfikę tej przejściowej fazy rozwojowej, ale powiązaną z tym psychopatologię oraz rodziców jako część środowiska zewnętrznego, z którym nasi pacjenci związani są wielowymiarową zależnością – z tym wiąże się szereg trudnych i ważnych zjawisk.

Struktura dziennego oddziału psychiatrycznego – grupa młodzieżowa

W literaturze dotyczącej leczenia i procesu psychoterapii psychodynamicznej młodzieży rekomenduje się łączenie różnych form terapii (Sugar, 1986; rekomendacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego). Wartość dziennego oddziału psychiatrycznego (DOP) polega między innymi na tym, że stanowi on system zintegrowa-

nych oddziaływań, z których każde pełni rolę holdingu wobec intensywnych afektów pacjentów i ich rodzin. Na jego strukturę składają się następujące elementy:

- kwalifikacja do leczenia,
- setting i narzędzia związane z settingiem,
- psychoterapia grupowa,
- psychoterapia indywidualna,
- psychoterapia rodzinna, psychoedukacja rodziców, interwencje środowiskowe,
- zajęcia okołoterapeutyczne, integracyjne: wspólne posiłki, zajęcia filmowe,
- psychofarmakoterapia.

Kwalifikacja do terapii – początek wielkiej burzy w umyśle terapeuty

Kryteria kwalifikacji do grupowej psychoterapii psychodynamicznej młodzieży wymagają szczególnego omówienia. Znając bowiem standardy i wymogi doboru do tradycyjnej grupowej psychoterapii, w przypadku kandydatów młodzieżowych musimy tę wiedzę mocno zweryfikować, o ile nie całkiem porzucić. Jerzy Pawlik (2008) opisuje następujące kryteria kwalifikacji do analitycznej psychoterapii grupowej dorosłych:

- ego zdolne do nawiązania i utrzymania przymierza terapeutycznego,
- ego dające możliwość płynnego przechodzenia od stanów regresji do funkcjonowania na poziomie rzeczywistości,
- ego silnie zintegrowane, które wytrzyma napór grupy i intensywność zachodzących w niej reakcji,
- zdolność rozumienia i samodzielnego analizowania swoich stanów wewnętrznych,
- zdolność do psychologizacji,
- zdolność tolerowania bolesnych przeżyć,
- motywacja pacjenta wynikająca z dokuczliwości jego symptomów,
- zdolność do regresji w trakcie sesji, a po jej zakończeniu powrotu do kontaktu z rzeczywistością i kontroli swoich zachowań i uczuć.

Ten sam autor podkreśla, że nie powinni być poddani analitycznej psychoterapii grupowej:

- pacjenci, których typowym rozwiązaniem wewnętrznych konfliktów jest acting out,
- pacjenci mający problem z zależnością, czyli bezustannie walczący z autorytetami,
- pacjenci nieodseparowani od rodziny pierwotnej, głęboko zależni od kogoś – jeśli psychoterapia oznacza wejście w konflikt z bliskimi,
- pacjenci, którzy prawdopodobnie rozwiną głęboką zależność od grupy i będą chcieli pozostać w niej na zawsze.

Trudno oprzeć się wrażeniu, że wymienione wyżej kryteria stanowią idealną charakterystykę typowego adolescenta – burzliwy nastolatek, z ograniczonymi zdolnościami

psychologizacji, głęboko zależny od rodziny pochodzenia, posługujący się acting outem, o słabym ego, podatny na zranienia i zrywanie przymierza terapeutycznego – jawi się jako konglomerat cech dyskwalifikujących go z udziału w psychoterapii grupowej. A jednak doświadczenie pokazuje, że taka forma leczenia prowadzi do zmian i ma głęboki sens. W stosunku do młodzieży musimy jednak przyjąć znacząco inne kryteria kwalifikacji.

Kim zatem są nasi pacjenci?

- cechuje ich różny poziom funkcjonowania i głębokość zaburzeń; najczęściej stawiane diagnozy to zaburzenia lękowe, w tym tzw. fobie szkolne, zaburzenia zachowania, zaburzenia odżywiania, zespół Aspergera, nieprawidłowo rozwijające się osobowości; o nasilonych cechach narcystycznych lub funkcjonujący jak dorośli pacjenci z borderline, pacjenci posttraumatyczni;
- młodzież poddawana wcześniej różnym oddziaływaniom pomocowym – często bezskutecznym;
- z dużym nasileniem objawów i załamaniami linii życiowej (wycofani społecznie i nierealizujący obowiązku szkolnego, nieposiadający grupy rówieśniczej ani doświadczeń rówieśniczych);
- wywodzący się z rodzin deficytowych, rozbitych, funkcjonujących w sposób patologiczny, wzmacniających psychopatologię dziecka;
- zmagający się z problemami i objawami od lat, późno diagnozowani;
- tacy, którym potrzebna jest psychoterapia z silną strukturą – DOP to kompromis pomiędzy ośrodkami stacjonarnymi (szpitale psychiatryczne, ośrodki socjoterapii) a psychoterapią indywidualną.

Przeciwwskazania do przyjęcia na leczenie w ramach DOP stanowią (Sugar, 1986):

- aktywne objawy psychotyczne;
- używanie substancji psychoaktywnych;
- brak wstępnego przymierza z rodzicami, ich zgody na leczenie oraz zgody co do istoty problemu;
- stan zdrowia uniemożliwiający leczenie ambulatoryjne – na przykład zbyt niskie BMI (poniżej 16);
- tendencje do poważnych acting outów – na przykład wysokie ryzyko samobójstwa;
- zachowania antyspołeczne o dużym nasileniu, które, jak się wydaje, wynikają z deficytu superego, a nie są obroną przed depresją.

Kwalifikacja do leczenia pełni absolutnie kluczową rolę dla jego powodzenia. Zaniechanie szczegółowej i starannej selekcji pacjentów przy kompletowaniu składu grupy znacząco komplikuje proces terapii, narażając samych pacjentów, jak i osoby prowadzące na niesprzyjające, niejednokrotnie uniemożliwiające leczenie procesy; prowadzi do frustracji zespołu leczącego i rozpadu grup, ostatecznie do utraty wiary w sens tej metody pracy (Sugar, 1986).

Uważna kwalifikacja stanowi warunek niezbędny dla trwałości grupy i możliwości realizacji przez nią zadań terapeutycznych, przy czym należy przyjąć założenie,

że dobrze dobrana grupa to nie taka, w której każdy zostaje wyleczony, ale taka, która jest spójna i działa terapeutycznie na jej członków (Sugar, 1986).

W idealnych warunkach kwalifikacja powinna być wydłużona do kilku spotkań z adolescentem i jego opiekunami – po to, by terapeuta mógł zyskać jak najszerszy obraz zaburzenia pacjenta i sytuacji rodzinnej. Poza funkcją diagnostyczną proces kwalifikacji pełni również nie mniej ważną funkcję terapeutyczną – przygotowuje pacjenta do udziału w psychoterapii, oswaja z osobą terapeuty i pozwala zawiązać wstępne przymierze terapeutyczne. Na tym etapie ważne jest, aby omówić ze wszystkimi członkami systemu rodzinnego cele terapii, uprzedzić o możliwości pojawienia się trudnych stanów przejściowych w funkcjonowaniu nastolatka, ustalić strategię postępowania i współpracy w przypadku oporu pacjenta przed udziałem w leczeniu na jakimkolwiek jego etapie. Konieczne jest nawiązanie przymierza z rodzicami oraz w razie konieczności – pozyskanie szkoły do współpracy. Brak przymierza z rodzicami i niewtajemniczenie ich w naturę naszych „magicznych” praktyk na ich dziecku często skutkuje przedwczesnym przerwaniem terapii (Sugar, 1986).

Głębiej zaburzeni lub wykazujący wysoki poziom lęku pacjenci powinni być najpierw w toku terapii indywidualnej przygotowani do podjęcia terapii grupowej, żeby przełamać lęk i wzbudzić ich motywację, a tym samym zminimalizować ryzyko drop outu. Pacjent powinien być wprowadzony do grupy dopiero wtedy, kiedy posiada w związku z tym jakiekolwiek pozytywne odczucia. Drop out stanowi trudne doświadczenie dla pacjenta – może utwierdzać go w jego przekonaniach na temat własnej niskiej wartości oraz wzmacniać poczucie zagrożenia w relacjach interpersonalnych (Sugar, 1986).

Wielka burza w umyśle terapeuty rozpoczyna się wówczas, kiedy staje on przed decyzją, czy włączyć pacjenta do grupy pomimo jasných przeciwwskazań, mierząc się z własnym poczuciem winy za konieczność odroczenia leczenia lub odmowy pomocy w oferowanej przez ośrodek formie. Aby jednak grupa mogła pełnić swoją terapeutyczną funkcję, powinny być spełnione pewne kryteria. Ich znajomość pozwala uniknąć błędów w kwalifikacji, wynikających często z nieuświadomionych, przeciwprzeniesieniowych reakcji terapeuty. Czynniki, które powinny być wzięte pod uwagę, możemy podzielić na kilka grup:

■ **Obiektywne:**

- wiek (maksymalna różnica to 3 lata – ważne aby uczestników łączyły te same zadania rozwojowe),
- diagnoza wskazująca na psychopatologię.

■ **Dotyczące wewnętrznego świata pacjenta (Sugar, 1986):**

- poziom dojrzałości (odporność na frustrację),
- testowanie rzeczywistości,
- zwyczajowo stosowane mechanizmy obronne (w jednej grupie nie powinny znaleźć się więcej niż 2–3 osoby z tendencją do acting outu),
- łatwość wchodzenia w stan regresji,

- poziom integracji osobowości,
- typ relacji z obiektem.
- Dotyczące stosunku pacjenta do terapii:
 - stopień uciążliwości objawów i subiektywnego cierpienia z ich powodu,
 - wyobrażenie i nieświadome przekonania o psychoterapii, w tym grupowej,
 - motywacja do leczenia,
 - poziom lęku przed terapią grupową.
- Dotyczące rodziny pacjenta:
 - motywacja rodziny i zgoda co do istoty problemu,
 - sprawczość rodziców i umiejętności stawiania przez nich wymagań (w sytuacji oporu dziecka),
 - stopień psychologizacji rodziny.
- Dotyczące grupy jako całości:
 - wyobrażenie, jak osoba A będzie funkcjonować z osobą B, C, D itd. (Sugar, 1986),
 - korzystna jest homogeniczność pod względem poziomu dojrzałości, wieku, siły ego, potencjału intelektualnego (Sugar, 1986; Gabbard, 2009),
 - korzystna jest heterogeniczność pod względem płci, natury trudności i sposobów radzenia sobie,
 - 2–3 osoby deficytowe (np. z zespołem Aspergera) dobrze funkcjonują w grupie pacjentów o patologii konfliktowej.

Czasem nawet najbardziej staranna kwalifikacja nie pozwala na dogłębne poznanie świata wewnętrznego pacjentów, czyli zbadania ich mechanizmów obronnych i przewidzenia kierunku, w jakim rozwinie się przeniesienie.

Setting na oddziale młodzieżowym

W ramach naszego DOP dla młodzieży funkcjonują dwie grupy terapeutyczne. Kryterium podziału stanowi wiek i charakterystyczne dla niego funkcjonowanie emocjonalne. Oparciem dla proponowanej przez nas struktury jest teoria Petera Blosa (Schier, 1993) i jego podział na etapy adolescencji:

1. Wczesna adolescencja przypada na 13.–17. rok życia, kiedy to dominuje ilościowy wzrost libidinalnej i agresywnej formy rozładowania napięcia popędogo (zachowania typu acting out).
2. Właściwa adolescencja przypada na 17.–19. rok życia, w tym okresie znaczenia nabiera problem relacji z obiektem, następuje wyciszenie popędowe oraz rozwój symbolizacji.

Poniżej przedstawiamy podstawowe wymiary settingu obu grup młodzieżowych. Podstawową różnicą w konstrukcji programu terapeutycznego jest, jak łatwo zauważyć, propozycja łączonej terapii w grupie młodszej, to jest grupowej i indywidualnej. Uzasadnienie dla przyjętych przez nas i ujętych w tabeli rozstrzygnięć podajemy w dalszej części artykułu.

GRUPA I	GRUPA II
wiek: 13–16; gimnazjum/aktualna VII–VIII klasa – adolescencja wczesna	wiek: 17–19 – szkoła średnia – właściwa adolescencja
grupa półotwarta	grupa półotwarta
liczba uczestników: 10–12	liczba uczestników: 10–12
częstotliwość: psychoterapia grupowa 5 razy w tygodniu + psychoterapia indywidualna raz w tygodniu	częstotliwość: psychoterapia grupowa 2 razy w tygodniu
terapia rodzinna, spotkania psychoedukacyjne z rodzicami, interwencje środowiskowe – w zależności od potrzeb	terapia rodzinna, spotkania psychoedukacyjne z rodzicami, interwencje środowiskowe – w zależności od potrzeb
psychoterapia w oparciu o metodę psychodynamiczną, z elementami psychoedukacji i behawioralnymi, zajęcia filmowe, kulinarne itp.	psychoterapia w oparciu o metodę psychodynamiczną + psychoedukacja
zespół terapeutyczny: lekarz psychiatra dzieci i młodzieży, psychoterapeuci prowadzący psychoterapię grupową (3 osoby) + psychoterapeuci indywidualni, pielęgniarka, superwizor	zespół terapeutyczny: lekarz psychiatra dzieci i młodzieży, psychoterapeuci prowadzący psychoterapię grupową (2 osoby), pielęgniarka, superwizor

Kontrakt terapeutyczny

Bez kontraktu terapeutycznego nie może istnieć żadna grupa terapeutyczna, a zwłaszcza młodzieżowa. Jest to niezwykle ważny, związany z wymaganiami, „ojcowski” element leczenia, który opisuje zasady i konsekwencje ich łamania, stanowiąc niezbędne ramy terapii. „Adolescenci potrzebują dorosłego, aby ten zachował reguły i utrzymywał jasne granice, obojętne jak bardzo się temu przeciwstawiają. [...] Potrzebują mieć pewność, że jest ktoś, kto ma kontrolę na tyle stałą, że może być pomocniczym ego. To powoduje, że czują się bezpiecznie” (Anastasopoloulos, 2008, s. 143). Nie znaczy to jednak, że nastolatek reaguje na zasady kontraktu euforią i świadomą wdzięcznością – potrzebuje go do wyrażania potrzeb separacyjnych oraz budowania własnej tożsamości. „Jeśli adolescent nie atakuje settingu, powinno być to postrzegane jako część jego psychologicznych trudności w wyrażaniu siebie i walki o indywidualność” (Anastasopoloulos, 2008, s. 145).

Kontrakt minimalizuje stres związany z wejściem w grupę, daje poczucie kontroli i wpływu na sytuację (Korolczuk, 2010), podnosi poczucie bezpieczeństwa i zwiększa szanse powodzenia leczenia, przygotowuje do funkcjonowania w dorosłym życiu, uczy kontroli impulsów i odpowiedzialności za własne postępowanie. Pokazuje także psychopatologię pacjenta – ustosunkowanie do zasad jest ważnym wskaźnikiem diagnostycznym (Kernberg, 1993; Anastasopoloulos, 2008; Wilk, 2014).

Rozbudowany kontrakt to mocny i ważny czynnik leczący, wyróżniający pracę na oddziale na tle terapii indywidualnej. Wspomnieć należy również, że jest to niezbędny dla pacjentów system oparcia, a także antidotum na silne przeciwprzeniesienie emocje, którym podlegają terapeuci w trakcie leczenia młodzieży.

Kontrakt, aby spełniał swoje zadania, powinien być modyfikowany do potrzeb poszczególnych grup w zależności od wieku i problematyki. W literaturze (Sugar, 1986; Anastasopoloulos, 2008) znajdujemy stanowisko mówiące o konieczności elastycznego traktowania kontraktu w terapii adolescentów (np. pewien zakres tolerancji na spóźnienia i nieobecności, sporadyczne przynoszenie jedzenia i picia, zgoda na przyprowadzenie przyjaciela, zwierzątka lub używanie telefonu komórkowego). Sugar (1986) pisze o sensowności takich działań dla utrzymania pozytywnego przeniesienia. Owa elastyczność to zhora terapeutów grup młodzieżowych – balansowanie pomiędzy nadmierną surowością a pobłażliwością wymaga nieustającego monitorowania procesu grupowego, indywidualnych procesów zachodzących w psychice każdego z pacjentów z osobna oraz własnych reakcji przeciwprzeniesieniowych, które często skłaniają do odreagowań.

Wobec każdej z grup kontrakt powinien być modyfikowany z uwzględnieniem jej specyfiki, co często zdarza się również w trakcie leczenia, jednak ramowe i podstawowe zasady, które stosujemy wobec młodzieży na naszym oddziale, to:

- zasada zachowania tajemnicy grupowej,
- zakaz stosowania przemocy fizycznej i psychicznej,
- zasady komunikacyjne (wzajemne słuchanie, nie przerywanie itd.),
- zasada aktywności i odpowiedzialności za swoje leczenie, zasada niezmuszania innych do mówienia,
- zasada akceptacji wszystkich możliwych uczuć i zasada mówienia o nich,
- zasada regularnego uczestnictwa w terapii,
- zasada punktualności,
- zasada uprzedzania o nieobecnościach,
- zasada unikania kontaktów pozagrupowych z jej członkami,
- zakaz przychodzenia pod wpływem substancji psychoaktywnych na sesje,
- zasada uprzedzenia o chęci rezygnacji i omówienia jej powodów z grupą,
- zakaz jedzenia, picia, korzystania z telefonów komórkowych na sesjach,
- zakaz opuszczania ośrodka w trakcie przerw przez osoby niepełnoletnie,
- zasady dotyczące punktów karnych za łamanie zasad i limitu nieobecności.

Ponadto pacjent w kontrakcie zostaje poinformowany i wyraża zgodę na:

- przyjmowanie nowych osób do grupy, jednak grupa nie może liczyć więcej niż 12 członków,
- spotkania z rodzicami/opiekunami w celu wymiany informacji, udzielenia wskazówek, podsumowania postępów w terapii,
- poddanie się badaniu na obecność substancji psychoaktywnych w moczu w sytuacji podejrzenia o ich zażycie,
- zmianę warunków kontraktu w stosunku do poszczególnych osób, jeśli zaistnieje taka potrzeba,
- wymianę informacji pomiędzy psychoterapeutami grupowymi a terapeutą indywidualnym, przy czym treści z terapii indywidualnej nie mogą być wniesione na sesjach grupowych,
- leczenie długoterminowe, minimum jeden rok szkolny.

Drugim nieodłącznym filarem kontraktu jest *Regulamin oddziału dla rodziców*, w którym opiekunowie są informowani o następujących regułach:

1. Rodzic zobowiązuje się do współpracy z zespołem terapeutycznym: powiadamiania o powodach nieobecności dziecka, realizowania zaleceń terapeutycznych, pozytywnego odnoszenia się do terapii w rozmowach z dzieckiem, motywowania do systematycznego udziału w sesjach, udziału w spotkaniach z terapeutami, kiedy zostaje o to poproszony, informowania o wszelkich ważnych zmianach w funkcjonowaniu dziecka.
2. W trakcie leczenia mogą pojawiać się różne stany emocjonalne u pacjenta – nie świadczy to o niepowodzeniu terapii, często jest przejściowe i wynika z procesu terapeutycznego.
3. Powodzenie psychoterapii zależy w największym stopniu od zaangażowania pacjenta, stopnia jego szczerości i otwartości oraz motywacji do leczenia. Terapeuci dokładają wszelkich starań, aby przekazać pacjentowi wiedzę na temat istoty zaburzenia, jego przyczyn i sposobów radzenia sobie, jednak nie biorą odpowiedzialności za to, czy i w jaki sposób pacjent wykorzysta ją w swoim życiu.
4. Pacjent może być skierowany na oddział całodobowy w przypadku zaostrzenia objawów lub wystąpienia zachowań, które zagrażają życiu i zdrowiu własnemu lub innych uczestników terapii.
5. Rodzic wyraża zgodę na zastosowanie przymusu bezpośredniego w sytuacjach tego wymagających.
6. Rodzice w trakcie trwania terapii nie przebywają na terenie ośrodka.
7. Opiekunowie są informowani o limicie dopuszczalnej liczby nieobecności i spóźnień dziecka.
8. Opiekunowie są informowani o zakazie korzystania pacjenta z innych form psychoterapii poza ośrodkiem (zakaz równoległych procesów).
9. Terapeuta zobowiązany jest do zachowania tajemnicy zawodowej; wyjątkiem są sytuacje, w których zdrowiu lub/i życiu pacjenta zagraża niebezpieczeństwo – ma wówczas obowiązek powiadomienia o tym rodziców (wyjątkiem jest sytuacja, gdy pacjent jest pełnoletni).

Kontrakt stanowi niezbędny element struktury procesu psychoterapii. Mimo że konsekwentne egzekwowanie jego warunków stanowi podstawę funkcjonowania oddziału, to należy mieć świadomość, że pod różnymi decyzjami w tym obszarze, podejmowanymi w konkretnym momencie procesu terapii, mogą się kryć istotne nieuświadomiane zależności dialogu przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowego. Innymi słowy, należy zawsze próbować nadać znaczenie zachowaniom każdej ze stron: rodziców, pacjentów i terapeutów w tym obszarze, na przykład czy decyzja o wypisie pacjenta nie wpisuje się w negatywną reakcję przeciwprzeniesieniową terapeuty.

Psychoterapia grupowa i indywidualna

W literaturze dotyczącej pracy psychoterapeutycznej z młodzieżą w ujęciu psychodynamicznym odnajdujemy rekomendację łączenia psychoterapii grupowej i indywidualnej,

co w jakimś sensie potwierdza nasze doświadczenie (Sugar, 1986). Obie formy są komplementarne wobec siebie, wspierają się wzajemnie i dają ogromne korzyści rozwojowe. W psychoterapii grupowej ujawniają się problemy w relacjach rówieśniczych, które następnie mogą być omawiane dokładniej. Nasze stanowisko jest złożone, co spróbujemy zaprezentować; wydaje się bowiem, że są różne korzyści, ale też i zagrożenia w takim kompleksowym łączeniu obu tych psychoterapii. Należy brać pod uwagę wiele czynników i okoliczności, by wybrać odpowiednią formę leczenia, między innymi wiek pacjentów, specyfikę psychopatologii. Zaczniemy zatem od omówienia poszczególnych form w ogólnym zarysie.

Celem psychodynamicznej psychoterapii indywidualnej adolescenta jest intrapsychiczna reorganizacja dokonująca się poprzez analizę w sytuacji intymności: analizę relacji przeniesieniowej i mechanizmów obronnych. Natomiast zasadniczym celem psychoterapii grupowej jest zapewnienie doświadczenia społecznego, które pomaga w osiągnięciu dojrzałości. W doświadczeniu tym zawiera się szereg zjawisk, które są źródłem istotnych czynników leczących, nie do zastąpienia w żadnej innej formule terapeutycznej dla adolescenta. Oto niektóre z korzyści płynących z psychoterapii grupowej młodzieży (Sugar, 1986; Korolczuk, 2010):

- zapewnia sytuacje zbliżone do występujących w życiu, aby móc poznawać i zmieniać swoje zachowanie;
- pokazuje typowe wzorce reakcji i zachowania, trudniejsze do odkrycia w terapii indywidualnej – pomaga w pogłębieniu diagnozy;
- zmniejsza poczucie izolacji, wyobcowania i wyobrażenie „bycia dziwnym”;
- zaszczepia nadzieję na posiadanie satysfakcjonującego życia;
- uświadamia, że inni też mają podobne problemy i dylematy;
- podnosi poczucie własnej wartości;
- inspiruje przez możliwość obserwacji zachowań innych i kształtuje nowe sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach;
- przełamuje lęk w relacjach rówieśniczych dzięki poczuciu bezpieczeństwa, które daje osoba terapeuty;
- rozwija dwie ważne umiejętności: bycia liderem oraz bycia zależnym – poprzez identyfikację z terapeutą rozwija postawę niezależności, przewodzenia innym; postawa przyjmowania, słuchania uwag ze strony innych członków grupy prowadzi z kolei do zaspokojenia potrzeb zależnościowych – nie do zastąpienia w żadnej innej formie terapii;
- dostarcza pozytywnych wzorców do identyfikacji;
- rozwija umiejętności symbolizacji, werbalizacji w miejsce acting outu i szkodliwych odreagowań, rozwija ego obserwujące;
- daje możliwość przejrzania się w lustrze społecznym – dostarcza informacji zwrotnych w bezpiecznych warunkach;
- daje doświadczenie wsparcia społecznego i uczy korzystania z niego;
- wspomaga proces separacji-indywiduacji – rozluźnia więzi rodzinne i pomaga zainwestować energię w pozarodzinne obiekty miłości;

- rozwija umiejętności psychospołeczne: adaptację do nowego środowiska, radzenie sobie z konfliktem, z utratą i rozstaniem, rozwija asertywność, empatię, umiejętności komunikacyjne;
- czasem stanowi pierwsze doświadczenie w relacji z rówieśnikami lub doświadczenie korektywne;
- poszerza wiedzę na temat różnych obszarów funkcjonowania człowieka (psychoedukacja).

W miejscach, gdzie można pozwolić sobie na prowadzenie terapii skojarzonej (łączenie różnych form terapii), proponuje się młodzieży dwie formy psychoterapii: indywidualną i grupową – zazwyczaj każdą formę prowadzi inny terapeuta. Pozostaje kwestia: jak je łączyć? W literaturze przedmiotu (Sugar, 1986; Korolczuk, 2010) i praktyce klinicznej spotykamy się z dwoma modelami sytuacji, w których prowadzona jest psychoterapia skojarzona:

1. Zapewnienie obu form w szczególnych sytuacjach i wobec pacjentów ze szczególnymi problemami (gdy pacjent ujawnia szczególne trudności w funkcjonowaniu w grupie lub/oraz boryka się z problemami, które nie wpisują się w obszar sesji grupowych, np. nadużycia seksualne).
2. Zapewnienie dostępności obu form wszystkim pacjentom, gdzie terapie indywidualna i grupowa odgrywają wobec siebie rolę wspomagającą, na przykład psychoterapia indywidualna służy omawianiu trudności pacjenta, doświadczanych w kontakcie z grupą i przełamywaniu jego oporu.

Jeśli chodzi o dylemat łączenia *versus* rozdzielności psychoterapii indywidualnej i grupowej, w historii pracy naszego ośrodka próbowaliśmy różnych rozwiązań, usiłując znaleźć jak najlepsze. Nasze doświadczenia kliniczne pokazały, że pomimo ograniczeń takiego rozwiązania korzystne jest łączenie terapii grupowej i indywidualnej w przypadku młodszej młodzieży (do końca wieku gimnazjalnego). W okresie tym dominuje bowiem tendencja do rozładowywania wewnętrznego napięcia poprzez acting out. Nagromadzenie emocjonalnych treści po intensywnych sesjach terapii grupowej pięć razy w tygodniu powoduje silną potrzebę odreagowania, czego buforem staje się psychoterapia indywidualna. Jednak psychoterapia indywidualna w tym modelu pełni wyraźnie rolę służebną wobec psychoterapii grupowej, pełniąc określone funkcje:

- a) **stanowi bezpiecznik przed drop outem pacjenta** – zapewnia możliwość zredukowania napięć i zdobycia większego rozumienia procesów, w które jest uwikłany; proces psychoterapii grupowej jest bardzo intensywny z uwagi na nasilenie afektu, procesów przeniesieniowych czy sytuacji konfliktowych, podczas których młody człowiek bez wystarczających kompetencji symbolizacji i przy obecnej skłonności do rozładowania napięcia poprzez działanie nie ma większych szans utrzymania się w terapii;
- b) **stanowi dodatkowe wzmocnienie ego pacjenta** – psychoterapeuta w spotkaniu indywidualnym staje się niejako pomocniczym ego oraz ego obserwującym; nadaje znaczenie przeżywanym emocjom, wydarzeniom ze spotkań

grupy, wprowadza nakładkę zdrowszych mechanizmów obronnych, osłabia procesy identyfikacji projekcyjnej oraz przeżycie narcystycznego urazu; ostatecznie nakłania pacjenta, aby powrócił do omawiania newralgicznej kwestii z grupą;

- c) **psychoterapia indywidualna pełni funkcję macierzyńską**, podczas której w intymnych warunkach pacjent może skorzystać z objaśniania świata i wrócić ukojonym, wzmocnionym do zewnętrznego, złożonego świata rówieśniczego, pełnego zagrożeń i pokus.

Zagrożenia i szanse łączenia obu form terapii

W zaprezentowanym modelu proponujemy nastolatкови duży – podwójny – poziom zależności. Pamięając jednak, że celem rozwojowym w tym okresie jest separacja, a zasadniczym konfliktem wewnętrznym młodego człowieka jest „zależność – niezależność, bunt”, musimy mieć na uwadze zagrożenia i szanse wynikające z takiej propozycji relacyjnej. Przyjrzyjmy się temu bilansowi z perspektywy ważniejszych elementów struktury: częstotliwości sesji oraz roli psychoterapeuty grupowego i indywidualnego.

Biorąc pod uwagę czynnik dużej częstotliwości psychoterapii, w której biorą udział młodzi pacjenci (5 razy w tygodniu), łączenie obu form stanowi o dużej szansie skuteczności w zakresie zahamowania procesów psychopatologicznych i wyleczenia. Jednocześnie należy pamiętać, że im większa częstotliwość, tym większa dynamika procesu, tym większe zagrożenia dla pacjentów i terapeutów zjawiskami typu: drop out, acting out oraz tak zwanym wypaleniem zawodowym – doświadczaniem bezsensu terapii, poczuciem bezradności, utraty dobrego obrazu siebie jako terapeuty. Dlatego też w tym miejscu należy wspomnieć o nadrzędnej roli systematycznej superwizji, która zwiększa istotnie skuteczność całego procesu.

Kontrowersyjnym pozostaje, czy psychoterapeuta grupowy powinien jednocześnie być w relacji indywidualnej z tym samym pacjentem, czy bezpieczniej rozdzielić te funkcje pomiędzy dwie osoby leczące. Obydwa rozstrzygnięcia tego dylematu mają swoje dobre i złe strony. Wprowadzenie dwóch terapeutów do zespołu nasila procesy rozszczepienne u pacjenta, co oznacza, że w zespole terapeutycznym często mamy do czynienia ze zjawiskami rozgrywania rozszczepienia (m.in. konfliktów, manipulacji między różnymi członkami zespołu leczącego), a proces radzenia sobie z nimi wymaga intensywnych superwizji oraz ścisłego kontaktu terapeuty indywidualnego i grupowego. Jest to zatem model teoretycznie bardziej bezpieczny dla psychoterapeuty i pacjenta, mamy tu bowiem do czynienia z większą przejrzystością procesów przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych. Jeśli z kolei obie te funkcje pełni ta sama osoba, jest ona narażona na trudne do rozeznania pomieszanie procesu grupowego i indywidualnego oraz nakładanie się zjawisk przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych. Problemem może stać się tendencja do traktowania swoich pacjentów jako wyjątkowych, co w konsekwencji u psychoterapeuty może skutkować blokadą w prowadzeniu psychoterapii grupowej. Innym utrudnieniem jest niemożność wykorzystania pełni informacji

wyniesionych z psychoterapii indywidualnej w leczeniu grupowym – kiedy pacjent wnosi na sesjach indywidualnych materiał, którym nie dzieli się z grupą, a który jest istotny dla jego leczenia, sesje indywidualne przybierają często postać łamania oporu przed pracą w grupie. Niezastąpioną korzyścią dla terapeuty jest natomiast w takim układzie możliwość obserwowania pacjenta w jego środowisku rówieśniczym, co daje szerszą perspektywę i umożliwia zrozumienie mechanizmów leżących u podstaw zaburzenia. Ponadto używanie materiału z psychoterapii grupowej w pracy indywidualnej z pacjentem jest przydatne szczególnie przy pacjentach głębiej zaburzonych, którzy poprzez własne mechanizmy obronne, między innymi projekcyjną identyfikację, znacznie zniekształcają wydarzenia, a wykorzystywanie materiału z procesu grupowego daje nieocenioną możliwość konfrontowania pacjenta ze specyfiką jego trudności występujących w relacjach. Taka praca konfrontacyjna nie jest możliwa w sytuacji, gdy role psychoterapeuty indywidualnego i grupowego są rozdzielone. Mając świadomość powyższych „za i przeciw”, podejmujemy w praktyce ryzyko łączenia roli psychoterapeuty grupowego i indywidualnego.

W przypadku starszej młodzieży (grupa 2), wchodzącej w okres szkoły średniej, u której wzrasta umiejętność symbolizacji, próba łączenia obydwu form skutkuje zazwyczaj obrotowym używaniem jednej z nich i dlatego też w naszej praktyce odeszliśmy od stosowania tego typu rozwiązania. Ta grupa pozostaje w leczeniu bez terapii indywidualnej.

Podsumowując zatem zagadnienie psychoterapii skojarzonej, z praktycznego punktu widzenia naszych doświadczeń można by pokusić się o sformułowanie pewnej procedury postępowania: im większa częstotliwość sesji terapii grupowej oraz im młodszy pacjent, czyli im większe nasilenie treści emocjonalnych oraz im większe spodziewane trudności w ich samodzielnym opracowaniu, tym większa jest potrzeba włączenia psychoterapii indywidualnej.

Praca z rodziną

Kolejnym filarem struktury pracy z młodzieżą na DOP jest ogólnie rozumiana współpraca terapeutyczna z rodzicami/opiekunami pacjenta. Składa się na nią szereg interwencji: konsultacje psychoedukacyjne, terapia rodzicielska czy też interwencje w środowisku pacjenta (zgłoszenia do sądu, współpraca ze szkołą, kuratorem i inne).

Współpraca z rodziną pacjenta jest nieodzownym, często najtrudniejszym aspektem leczenia młodego człowieka. Pacjent poddany oddziaływaniom terapeutycznym pozostaje wobec rodziców we wciąż dziecięcej zależności, co często komplikuje proces psychoterapii. Pomimo faktu, iż kontakt terapeuty z rodzicami adolescenta zaburza proces przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowy pomiędzy pacjentem a terapeutą, podejmowanie go w pewnym minimalnym zakresie jest niezbędne, z uwagi między innymi na konieczność uzyskania zgody opiekuna prawnego przed podjęciem psychoterapii, ustalenia warunków terapii i omówienia pozostałych elementów settingu, urealnienia oczekiwań rodziców co do możliwych do zrealizowania celów terapii,

zawarcia przymierza terapeutycznego oraz weryfikowania informacji wnoszonych przez pacjenta ze skłonnościami antyspołecznymi. Terapeuta pacjenta młodzieżowego boryka się z tego tytułu z pewnymi specyficznymi trudnościami, są nimi na przykład niepowodzenia w tworzeniu przymierza lub zawarcie przymierza pozornego przez rodziców pacjenta; presja na szybkie zmiany w życiu dziecka zorientowane na niwelowanie zachowań kłopotliwych dla otoczenia bez uwzględnienia aspektu emocjonalnego; zrywanie psychoterapii w momentach szczególnie ważnych, na przykład w sytuacji poprawy funkcjonowania lub w momentach przełamania oporu w leczeniu; podważanie autorytetu terapeuty w oczach nastoletniego pacjenta poprzez jawną lub subtelną dewaluację (Glita, 2017).

Odpowiedzią na zachowania i emocje rodziców są równie silne przeciwprzeniesieniowe reakcje terapeutów. Zjawiska te analizie poddała Schier (2000), tworząc koncepcję trójkąta przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowego. Zakłada ona, iż w przypadku psychoterapii młodzieży konieczne jest rozumienie relacji zarówno z pacjentem, jak i rodziną w kategoriach przeniesienia i przeciwprzeniesienia; relacje te rozgrywają się nie w diadzie, a w trójkącie. W praktyce oznacza to na przykład, że uczucia terapeuty do rodziców mogą być wynikiem zarówno tego, co wnoszą w kontakt z terapeutą, jak i wyrazem – najczęściej nieświadomej – identyfikacji terapeuty z obrazem rodziców wniesionym przez dziecko w kontakcie indywidualnym. Emocje pacjenta do terapeuty są wynikiem zarówno jego przeniesienia, jak i tego, jaką relację z rodzicami utrzymuje terapeuta. Przeciwprzeniesieniowe emocje terapeuty w stosunku do pacjenta mogą być wynikiem zarówno reakcji na przeniesienie pacjenta, jak i nieświadomej identyfikacji z rodzicami. Zjawiska takie mogą działać w obrębie każdego „ramienia trójkąta”. Ich rozumienie i nieustanne monitorowanie jest warunkiem skutecznego leczenia nastolatka. Świadomość istnienia trójkąta rodzi jednak wiele dylematów co do aspektów praktycznych – jak zrobić użytek z tej wiedzy? Pomocne wydaje się tu kryterium opisane przez Pawła Glitę (2017), zgodnie z którym terapeuta w kontakcie z rodzicami opisuje w drodze psychoedukacji sytuację emocjonalną rodziny, jednak bez interpretowania kierujących opiekunami nieświadomych motywacji. Wejście w rolę interpretacyjną wobec rodziców jest przekroczeniem granic wynikających z kontraktu oraz krokiem w kierunku większego uwikłania się w procesy przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowe.

Warunki konieczne dla skutecznej psychoterapii grupowej w ramach DOP

Opisany przez nas model leczenia konstruujemy w oparciu o jednolitą teorię (koncepcje psychodynamiczne) oraz okoliczności (ograniczenia kadrowe, finansowe, miejsce – przestrzeń, wykształcenie psychoterapeutyczne zespołu, kontrakt z NFZ i inne), w których model ten stosujemy. Organizacja modelu psychoterapii musi brać pod uwagę czynniki realne – zasoby i ograniczenia. Uwzględnienie ich może owocować stworzeniem wystarczająco dobrego modelu leczenia, którego naczelną zasadą jest: „po pierwsze – nie szkodzić”.

Aby psychoterapia w ramach DOP mogła przynosić efekt leczący, konieczne jest spełnienie poniższych warunków:

- staranna kwalifikacja pacjentów do terapii (Sugar, 1986),
- elastyczność w doborze technik terapeutycznych i układanie planu leczenia dla każdego z pacjentów z osobna, stosownie do jego problematyki i kontekstu rodzinnego (Korolczuk, 2010),
- adekwatne oczekiwania wobec pacjentów i zakładanie realistycznych celów terapii,
- powstrzymanie się od nadmiernego pośpiechu i parcia na szybkie zmiany w życiu pacjentów (identyfikacja z oczekiwania rodziców) (Sugar, 1986),
- dystans wobec zachowań i decyzji pacjentów, nietraktowanie ich jako świadczących o osobistym powodzeniu lub porażce,
- współpraca w obrębie zespołu terapeutycznego i zapewnienie sobie odpowiedniej ilości czasu na zebrania, wspólne podłoże terapeutyczne (Korolczuk, 2010),
- regularna superwizja grupowa (Korolczuk, 2010),
- korzystanie ze wsparcia teoretycznego i próby nieustannego budowania rozumienia zjawisk zachodzących w grupie,
- prowadzenie niezbyt wielu procesów terapeutycznych z młodzieżą w jednym czasie,
- dbanie o higienę pracy (urlopy, organizacja pracy w ciągu dnia).

Jeśli powyższe warunki nie są spełnione, terapeuci tracą poczucie sensu pracy i wypalają się zawodowo, jednak kiedy są spełnione – praca terapeutyczna z grupami daje poczucie sensu i nieocenione szanse rozwoju.

Czy ta praca ma sens? Oddział jak dom

Reasumując, DOP dla dzieci i młodzieży, z uwagi na jego strukturę i funkcje, można przyrównać do domu rodzinnego, którego zresztą proteżę często się staje. W drodze „rerodzicielstwa” dążymy do „rekonstrukcji domu” naszych pacjentów. Składają się na nią kontrakty, granice i zasady, które symbolizują część ojcowską, u współczesnej młodzieży w dużej mierze deficytową. Aspekt macierzyński prezentowany jest przez psychoterapię indywidualną, jedzenie przy wspólnym stole i inne zajęcia integracyjne. Jest wreszcie liczne rodzeństwo – inni pacjenci, rodzice – zespół terapeutyczny, co dopełnia strukturę rodziny i powoduje znaczną, czasem ognistą dynamikę. Dodatkowo na tę strukturę domu składają się również realni rodzice, stający się „domownikami” oddziału. Wszystko oplecione jest w sposób dosyć skomplikowany siecią procesów przeniesieniowych i przeciwprzeniesieniowych. Można zatem pokusić się o rozszerzenie metafory – leczenie młodzieży w ramach DOP to rodzinna burza z tornadem, którą trzeba przetrwać, a z terapeutycznego punktu widzenia przeżyć, zrozumieć i nadać sens, oddając go w przystępnej formie pacjentom. W tym sensie DOP pełni funkcję kontenera – pomieszcza intensywne afekty doświadczane przez poszczególnych członków rodziny. W przypadku psychoterapii

grupowej procesy, które musi skontenerować terapeuta, mnożą się proporcjonalnie do ilości pacjentów. Psychoanalicy pracujący w takim modelu uznają ciężar, ale też i wartość tej pracy.

Wielu psychoterapeutów wątpi w sens terapii grupowej dla adolescentów. Pytają: Jak ktokolwiek może te wszystkie dziejące się w grupie procesy objąć rozumieniem i kontrolą, skoro nawet w terapii indywidualnej pełne rozumienie znajduje się poza granicami możliwości? Myślę, że szczerą odpowiedź brzmi: To niemożliwe. [...] Ale można by równie dobrze powiedzieć, że rodzice nie są w stanie śledzić na bieżąco procesów dziejących się w rodzinie – mimo to rozwój ich dzieci postępuje. Oczywiście rodzice nie wychowują swoich dzieci przez uzyskiwanie wglądu, ale przez zapewnienie im doświadczeń; najważniejsze z nich są w dużej mierze zależne od empatycznych odpowiedzi rodziców, i to one powodują rozwój. (Sugar, 1986, s. 36–37)

Aby tego dokonać, psychoterapeuta pacjenta młodzieżowego musi uzbroić się w cierpliwość. „Z reguły wiele czasu zajmuje młodej osobie stanie się świadomym, jak bardzo pragnie znaleźć starszą osobę, której udaje się szczęśliwie przetrwać dorosłe życie, a kiedy to się uda, wiele czasu zajmuje, aby potem uwierzyć, że może tą osobę interesować. Jeszcze dłużej zajmuje powiedzenie o tym komukolwiek” (Sugar, 1986, s. 38).

Czy taka praca ma sens? Doświadczenie własne pokazuje, że w ciągu sześciu miesięcy uczestniczenia młodzieży w zajęciach na oddziale pięć razy w tygodniu lub w ciągu dwunastu miesięcy terapii dwa razy w tygodniu u większości pacjentów następuje istotna zmiana (mniejsza lub większa w zależności od głębokości psychopatologii). Zmiana ta głównie polega na zmniejszeniu objawów psychopatologicznych, zmniejszeniu częstotliwości zachowań typu acting out, zwiększeniu umiejętności psychologizacji, pogłębieniu samoświadomości w zakresie własnej problematyki, poprawie relacji rówieśniczych. Dla pacjentów z cechami nieprawidłowo kształtującej się osobowości staje się doskonałą bazą do kontynuacji psychoterapii indywidualnej, mającej na celu zmianę wewnętrznych struktur osobowości.

Literatura

- Anastasopoulou D. (2008). Setting i naruszenie granic w psychoterapii psychoanalitycznej adolescentów. W: K. Walewska (red.), *Psychoanaliza współcześnie. Dziecko w terapii*, s. 137–150. Warszawa: Wydawnictwo Medipage.
- Gabbard G.O. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Glita P. (2017). Pacjent młodzieżowy i jego terapeuta w kontekście rodzinnym – perspektywa psychodynamiczna. *Psychoterapia psychodynamiczna w Polsce*, 4, 92–109.
- Kernberg O. (1993). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. Yale University Press.
- Korolczuk A. (2010). Psychoterapia grupowa w Młodzieżowym Oddziale Psychiatrycznym. *Psychoterapia*, 2(153), 55–68.
- Laufer M., Laufer M.E. (2013). *Okres dojrzewania i załamanie rozwoju. Perspektywa Psychoanalityczna*. Wydawnictwo: Oficyna Ingenium

- Pawlik J. (2008). *Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe*. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia.
- Schier K. (1993). Rola symbolu w terapii psychoanalitycznej w okresie dorastania. *Nowiny psychologiczne*, 3, 103–10.
- Schier K. (2000). *Psychoanalityczna psychoterapia dzieci i młodzieży: przeniesienie*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Sugar M. (1986). *The adolescent in group and family therapy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Wilk M. (2014). *Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Ewa Stachowiak
Ewelina Rejner-Cupiał
Ośrodek Terapii i Psychoedukacji KOMPAS w Będzinie
ewiana@poczta.onet.pl
ewelina.rejner@o2.pl