

PSYCHODRAMA I PSYCHOANALIZA — PODEJŚCIE INTEGRACYJNE *

PSYCHODRAMA AND PSYCHOANALYSE — AN INTEGRATION APPROACH

Stowarzyszenie „Polski Instytut Psychodramy”

Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka” w Gliwicach

**psychoanalysis
group therapy
psychodrama**

Autor dzieli się doświadczeniami z własnej pracy psychoterapeutycznej, w której próbuje harmonijnie połączyć psychoanalizę z psychodramą. Omawia tematy, najczęściej używane przez niego do pracy terapeutycznej w grupie psychodramatycznej — deficyt, trauma, rozstanie, katharsis, zależność. Zwraca uwagę zarówno na możliwości psychodramy w procesie psychoterapii, jak i na jej ograniczenia.

Summary: This is the lecture delivered by the author at the 8-th International Psychodrama Conference in Cracow. At the beginning of their development, psychodrama and psychoanalysis did not fit together and had contradictory foundations. With the development of both directions those contradictions were being reduced.

These days most psychoanalysts no longer consider themselves as the “impersonal projection screen” for the patient and also most of the psychodramatists do not deny that in therapeutic psychodrama theatre insight plays an important part. It is now possible to integrate both directions. This integration is not so easy due to the fact that in both these approaches groups and therapists are working in significantly different ways.

In therapeutic groups led by the author psychoanalytical and psychodramatical sessions are interlacing. Often psychodrama is chosen by the patients to work with themes of deficits, traumas, separations and catharsis. For patients, the psychodramatical techniques are very often a way of understanding and illustrating different psychodynamic relations. Psychodramatical and psychoanalytical sessions should not be “separated worlds” and therefore elements of psychodrama should be applied during psychoanalytical sessions and of course on the contrary.

To, że zdecydowałem się właśnie na ten temat wynika bezpośrednio z mojej dotychczasowej drogi zawodowej i z codziennej praktyki. Jestem psychoterapeutą od ponad dwudziestu pięciu lat i zanim zacząłem uczyć się kilkanaście lat temu psychodramy, podstawową metodą w psychoterapii, którą stosowałem, była metoda psychodynamiczna.

Im dłużej poznawałem psychodramę, tym bardziej byłem zafascynowany możliwościami, które ona daje, i nieomal od początku, często jeszcze w sposób bardzo niedojrzały, próbowałem wkomponować ją w mój psychoterapeutyczny warsztat, a przede wszystkim połączyć ją z psychodynamicznym rozumieniem problemów pacjentów oraz z powstałymi na gruncie psychoanalizy technikami pracy. Od początku nie pociągała mnie zanadto perspektywa bardzo jednorodnego, wyrosłego tylko z jednej szkoły podejścia — ludzie przecież są tak różnorodni, mają tak różne potrzeby, objawy chorobowe, tak indywidualnie reagują na sytuację psychoterapii, to, co tak świetnie pomaga jednej osobie, niekoniecznie pomaga innej.

* Artykuł jest zapisem wykładu wygłoszonego na VIII Międzynarodowej Konferencji Psychodramy Psychodrama Institut für Europa „Ogrody ról” w Krakowie 2–4 września 2005 r.

To prawda, że zarówno psychodrama, jak i współczesna psychoanaliza są metodami bardzo pojemnymi i elastycznymi, a w związku z tym ich spektrum stosowania jest względnie szerokie, ale jednak pozostawanie zawsze w ramach jednej szkoły psychoterapii zanadto przypomina mi sytuację aplikowania jednego lekarstwa (lub grupy lekarstw) na wszystkie choroby. Tak więc próbowałem być eklektyczny, czerpiąc zarówno z psychoanalizy, jak i psychodramy, oraz czasem z innych szkół psychoterapii. Pozostawało mi jedynie mieć nadzieję, że ten eklektyzm nie zamieni się w chaos. Nie zawsze próby łączenia tych podejść były zbyt zachęcające, wydawało się niejednokrotnie, że tak odmienna logika, filozofia, sposoby ich oddziaływania, nie dadzą się pogodzić — są jak ogień i woda. Często odczuwałem te sprzeczności, a jeszcze częściej zwracali mi na nie uwagę koleżanki i koledzy, z którymi nieraz zażarcie spierałem się na ten temat. Spory te były jednak wielokrotnie okazją do refleksyjowania, zarówno na poziomie teoretycznym, jak i praktycznym, logiki korzystania z tych różnych szkół i łączenia ich.

Zauważyłem, że od jakiegoś czasu w bardziej harmonijny sposób potrafię godzić psychodramę z psychoanalizą, zauważyłem też, że moi pacjenci często sami zaczynają sygnalizować, kiedy potrzebują sesji psychodramatycznej, a kiedy sesji o innym charakterze, tak jakby sami jakimś cudem wiedzieli czy przeczuwali, do czego psychodrama szczególnie im się przyda, a kiedy mogą się bez niej obejść. Oczywiście biorę pod uwagę, że ta bardziej harmonijna integracja może się okazać jedynie moim złudzeniem, ale mimo wszystko zaryzykuję podzielenie się z Państwem paroma przemyśleniami na ten temat. W końcu, nawiązując do wiodącego tematu naszej konferencji, najpiękniejsze ogrody biorą się z różnorodności.

W moim odczuciu psychodrama ma do zaoferowania relatywnie więcej w psychoterapii grupowej niż w psychoterapii indywidualnej. Nie ma w tym niczego dziwnego, biorąc choćby pod uwagę historię obu kierunków. Psychoanaliza powstawała przecież i rozwijała się w pierwszych kilkadziesiąt latach jako metoda leczenia w diadzie psychoanalityk–pacjent i musiała być później adaptowana do potrzeb terapii grupowej. Czasami nawet, do chwili obecnej, w wydaniu grupowym przypomina bardziej terapię indywidualną w grupie niż terapię grupową wraz z wykorzystaniem jej wszystkich grupowych dynamizmów (trzeba jednak pamiętać, że również na gruncie psychoanalizy wyrosły specyficzne dla obszaru rozumienia i pracy z grupą koncepcje Biona). Psychodrama natomiast dokładnie odwrotnie — od samego początku była rozwijana i stosowana w różnorodnych grupach, nie tylko zresztą psychoterapeutycznych. W mojej praktyce psychoterapeuty stosują znacznie częściej psychodramę w terapii grupowej niż indywidualnej.

Nawiązując znowu do historii obu kierunków, należałoby chyba stwierdzić, że początkowo rzeczywiście trudno byłoby pogodzić świat psychodramy i psychoanalizy.

Oto garść tych przeciwieństw w początkowym okresie rozwoju obu koncepcji:

Już z tego pobieżnego przeglądu wynika, że koncepcje te w dużej mierze „gryzły się ze sobą”. Należy jednak wziąć pod uwagę, że obie ewoluowały, aż do dzisiaj (ewolucja ta nawet w większym stopniu objęła psychoanalizę), i obecnie, gdy spojrzymy na powyższe zestawienie, ewidentne różnice pozostaną, ale w wielu punktach nie będą one aż tak duże. Jestem wręcz przekonany, że te różnice mogą być inspirujące i w odpowiednio zintegrowany sposób tworzyć całość, będącą więcej niż tylko sumą części składowych.

KONCEPCJE FREUDA	KONCEPCJE MORENO
1. Biologiczny charakter podstawowych założeń	1. Psychologiczno-społeczny ich charakter
2. Wgląd w nieświadome treści leżące u podłoża zaburzeń jako podstawowy cel psychoanalizy	2. Rozwój kreatywności, spontaniczności, zwiększenie repertuaru ról, katharsis jako podstawowe cele psychodramy
3. Charakter aktywności psychoanalizy — neutralność, interpretacje, brak transparencji, brak kontaktu „twarzą w twarz”, następnie w kontekście pracy z przeniesieniem analityka jako „ekran projekcyjny” dla przeniesień pacjenta	3. Charakter aktywności psychodramatysty — kontakt „twarzą w twarz”, spotkanie z protagonistą, unikanie interpretacji, zamiast tego zaangażowanie w kreację sceniczną, względnie duża transparentność, spontaniczność
4. Terapia przebiega głównie w obszarze werbalnej analizy, unikanie rozładowywania emocji (acting-out), chyba że dzieje się to w wyniku uzyskania wglądu	4. Terapia głównie poprzez działanie w poszerzonej rzeczywistości sceny psychodramatycznej, dopuszczanie rozładowań emocjonalnych (acting-in na scenie)
5. Determinizm oraz koncentracja na przeszłych źródłach obecnego przeżywania i zachowania	5. Sprzeciw wobec determinizmu oraz koncentracja na teraźniejszości i przyszłości w większym stopniu niż na przeszłości
6. Punkt ciężkości raczej na zaburzeniach i patologii oraz na ich przyczynach	6. Punkt ciężkości raczej na mocnych stronach człowieka, jego możliwościach, a szczególnie na kreatywności i spontaniczności

Psychoanaliza współczesna np. nie ma już tak biologicznego charakteru jak pierwotne koncepcje Freuda. W pewnym stopniu już sam twórca psychoanalizy dokonał w późniejszych latach swojego życia istotnych modyfikacji pod tym względem, a począwszy od Melanii Klein cała późniejsza szkoła relacji z obiektem zwraca uwagę przede wszystkim na aspekty relacyjno-społeczne kształtowania się człowieka. Tak więc pierwsza z wymienionych sprzeczności w dużej mierze już nie istnieje.

Jeśli chodzi o podstawowe cele psychodramy i psychoanalizy, to tutaj zasadnicze różnice ciągle się utrzymują, jednak nie są one aż tak ostre. Psychoanaliza nadal podkreśla rolę wglądu, ale wielu autorów dalekich jest od jego absolutyzowania. Szczególnie w obszarze leczenia głębszych zaburzeń osobowości (w tym również zaburzeń narcystycznych) wgląd przez wielu psychoanalityków wcale nie jest uważany za najważniejszy czynnik leczący. Równie, a nawet bardziej istotny jest czynnik relacji z analitykiem i jej zmiany w trakcie procesu terapii, różnego rodzaju doświadczenia reparatorne, struktura sytuacji terapeutycznej itp. Z drugiej strony trudno znaleźć obecnie psychodramatystę, który negowałby rolę wglądu w teatrze terapeutycznym psychodramy (inne są co najwyżej sposoby jego uzyskiwania).

Jeżeli chodzi o trzeci czynnik, czyli charakter aktywności psychoanalizy i psychodramatysty, to przede wszystkim daleko inaczej jest obecnie rozumiany w psychoanalizie postulat neutralności analityka. Nie jest on już w żadnym wypadku „bezosobowym ekranem projekcyjnym”. Przeniesienie nie jest już od dawna rozumiane jako jednostronny proces projekcji ze strony pacjenta, lecz jako złożony proces interpersonalny, w którym analityk jest również stroną czynną. Pozycja analityczna, w której pacjent nie spotyka się „twarzą w twarz” z terapeutą jest już tylko jedną z możliwości, tak więc również w wielu formach psychoterapii analitycznej (psychodynamicznej) pomiędzy terapeutą a pacjentem dochodzi do spotkania, które nie różni się tak krańcowo od spotkania w psychodramie.

Co do czwartego czynnika to tutaj nadal różnice w podejściu są duże, ale nie sądzę, aby były całkowicie nie do pogodzenia. Chodzi co najwyżej o bardzo istotne, ale jednak różnice akcentów i proporcji. Przecież psychodrama nie polega tylko na katharsis emocjonalnej. Element refleksji werbalnej, lub intelektualnej, czasem zdystansowania się do sytuacji czy emocji w psychodramie również jest bardzo często obecny. Nie wydaje mi się również, aby psychodramatycy mieli prawo twierdzić, że morenowska poszerzona rzeczywistość występuje tylko w psychodramie. Osobiście uważam, że ten niewidoczny wymiar sytuacji terapeutycznej występuje w każdej naprawdę dobrej psychoterapii, w tym oczywiście w psychoterapii analitycznej, co najwyżej osiągnany jest odmiennymi środkami.

Jeśli chodzi o czynnik piąty, czyli przede wszystkim o kwestię determinizmu, to sądzę, że twórca psychodramy mocno przesadził z jego niedocenianiem. Chyba każdy psychoterapeuta widzi na co dzień, jaka jest siła zakodowanych w dzieciństwie wzorców i przekazów, jak trudno wyrwać się ludziom poza determinizm zawarty chociażby w przymusie powtarzania. Również wiele zjawisk przeniesieniowych ma charakter nieświadomie zdeterminowany i naprawdę jest poza zakresem swobodnego wyboru człowieka.

Dopiero uwzględnienie siły tych i innych determinizmów, które szczególnie mocno działają u ludzi bardziej zaburzonych i mocniej strauumatyzowanych, pozwala na znalezienie trudnej sfery wolności i swobody wyborów przez ludzi przechodzących psychoterapię. W tym zakresie nie ma zresztą żadnej sprzeczności między celem psychoanalizy i psychodramy — chodzi o to, aby człowiek był w większym stopniu wolny. Ważne jest jednak w każdej psychoterapii, aby widzieć w równym stopniu obszary determinizmu, nie ulegać złudzeniom dróg na skróty, i w równym — obszary wolności, kreatywności. Ujmując sprawę metaforycznie, klatka istnieje, ale też istnieją drogi wyjścia z niej.

W zakresie czynnika szóstego różnice akcentów też nadal się utrzymują, ale myślę, że warto poszukiwać (tak jak w przypadku kwestii determinizmu) obszaru równowagi pomiędzy kładzeniem akcentów w terapii na zaburzenia i zdrowie.

W grupie terapeutycznej, w której psychodynamiczne podejście spotyka się z psychodramą, przeplatają się sesje dyskusyjne, w których terapeuci w większym stopniu klaryfikują i interpretują dostarczany przez grupę materiał, z sesjami o charakterze psychodramatycznym. W takiej grupie sesje dyskusyjne odgrywają między innymi rolę rozgrzewki do sesji o charakterze psychodramatycznym. Oczywiście istnieje również wpływ odwrotny, tzn. psychodrama wpływa na charakter i klimat pracy na sesjach dyskusyjnych. W czasie sesji dyskusyjnych więcej jest wtedy elementów sharingu oraz empatii, mniej natomiast interpretacji i informacji zwrotnych o charakterze bardziej intelektualnym. Ponadto w większym stopniu grupa, pracując nad indywidualną problematyką którejś z osób, widzi ją jako indywidualny wariant wspólnego, ważnego dla całej lub prawie całej grupy tematu. W grupach, w których obecna jest też psychodrama, istnieje relatywnie większy obszar pracy w poszerzonej rzeczywistości również na sesjach dyskusyjnych. Na przykład, gdy pacjent w takiej grupie płacze i potrzebuje pociechy, której kiedyś nie doznał od jakiejś ważnej dla siebie postaci, bardzo często ktoś zupełnie spontanicznie przytula go i dostarcza mu tego, czego kiedyś nie otrzymał. Nie trzeba do tego wcale konstruowania sceny i przeprowadzania każdorazowo odrębnej psychodramy. W grupie, w której obecnie pracuję, dość częstym zjawiskiem jest również podobne traktowanie tematu agresji i jej rozładowania. Pacjent uprzedza grupę, że teraz będzie np. krzyczyć na osobę przypominającą mu ojca, na którego jest zły — dokonuje się katharsis, grupa wie, że jest to element

gry, i następnie jest opracowywane i interpretowane ujawnione przeniesienie. W grupie, w której nie stosuje się psychodramy, taki rodzaj impulsywnego rozładowywania emocji jest często zbyt zagrażający i raczej się go unika. Tu natomiast w „pamięci grupy” jest zakodowane, że jest to rodzaj gry terapeutycznej, w wyniku której dochodzi do jakiegoś rozwiązania i pozytywnego zakończenia. Ułatwia to zdecydowanie grupie odgrywanie roli kontenera dla bardzo trudnych emocji i przeniesień.

Jeszcze innym przykładem wpływu technik psychodramatycznych na sesje dyskusyjne jest obserwowane przeze mnie wcale nie tak rzadkie zjawisko prowokowania jednego członka grupy przez drugiego do wyrażania złości czy sprzeciwu. Dzieje się to też spontanicznie i jest najwyraźniej inspirowane przez technikę dublowania prowokującego, zaobserwowaną przez pacjentów w czasie odgrywania psychodram. Innym czynnikiem obecnym w takich grupach jest myślenie o terapii jako o procesie wyzwiania się ze starych, nieprzystosowawczych ról i uczenia się, poprzez eksperymentowanie w „teatrze terapeutycznym grupy”, nowych, bardziej plastycznych i zdrowych ról. Tutaj też nie jest konieczne tworzenie sceny i odgrywanie psychodramy — oczywiście to też możemy zrobić, ale często praca nad rolami odbywa się podczas sesji dyskusyjnych. Np. parę tygodni temu jedna z pacjentek, wyrażając swoją złość do mnie oraz „programowo” odmienne zdanie w wielu sprawach, uprzedziła mnie, że będzie sobie trenować w ten sposób nową, mniej zależną od autorytetów rolę. Zamieniło się to w pewien rodzaj terapeutycznej gry, w której pełniłem dla niej rolę ego pomocniczego.

Z punktu widzenia pojedynczego pacjenta poddanego intensywnej (codziennie kilka sesji) około trzymiesięcznej psychoterapii grupowej, doświadczenie terapii to około 180 sesji terapeutycznych, z których jedynie jedna do trzech to psychodrama, w której jest protagonistą. Kilkadziesiąt innych sesji to psychodramy, w których protagonistą jest ktoś inny, a pozostałe sesje mają charakter dyskusyjny. Wydawałoby się, że w takim programie terapii psychodrama nie odgrywa jakiejś decydującej roli, ale pacjenci odbierają to na ogół inaczej. Bardzo często odwołują się właśnie do psychodram, w ich pamięci są one nierzadko „kamieniami milowymi” w terapii, pamiętają je jako punkt zwrotny w procesie rozumienia i zmiany siebie samego. Dość często dotyczy to też odgrywania roli ego pomocniczego w psychodramie innego pacjenta. Przeżycia i refleksje z roli otwierają nowe obszary do pracy wglądowej, a ponadto dostarczają jeszcze jednej okazji do treningu roli. Role, do których wybierani są poszczególni pacjenci, jak również ich ewolucja w trakcie procesu terapii, stanowią kolejny materiał dla grupy i terapeutów.

Wspomniałem już we wstępie, że pacjenci sami mają intuicję, jakie tematy lepiej jest opracowywać w psychodramie, a jakie na sesjach dyskusyjnych. Jest oczywiste, że bardzo istotna w tych wyborach jest też rola terapeutów. Po pierwsze, muszą oni mieć własne propozycje pracy psychodramatycznej i dbać o to, aby grupa systematycznie zdobywała podstawową wiedzę na temat psychodramy i doświadczenie z uczestnictwa w niej. Powinni też modelować zachowanie członków grupy nieco odmiennie na sesjach psychodramy i dyskusyjnych. W grupach, które ja prowadzę, psychodrama najczęściej wykorzystywana jest do pracy nad następującymi tematami.

1. Szeroko rozumiana problematyka deficytu. Chodzi tu głównie o sceny w poszerzonej rzeczywistości, w której protagonista otrzymuje te uczucia i przekazy, które były mu potrzebne w życiu (głównie w dzieciństwie czy okresie dorastania), a których nie dostał.

2. Problematyka traum (np. wykorzystanie seksualne czy przemoc) — tutaj wyraźnie widać, że psychodrama jest wprawdzie ważnym, ale tylko jednym z kroków w procesie zdrowienia. Dość często w psychodramie poruszającej ten problem chodzi o transformację ról związanych z traumą, ale też o psychodramatyczne „wymierzenie sprawiedliwości” sprawcy, przerwanie przymusu powtarzania.

3. Szeroko rozumiany temat rozstań, zarówno z osobami nieżyjącymi, jak i z żyjącymi. Przybiera to najczęściej postać psychodramatycznego rytuału przejścia od zależności do dorosłości, od tkwienia w dawnych „nie załatwionych sprawach” do nowego, własnego życia. Cała terapia jest w dużym stopniu rozgrzewką i przygotowaniem do tego kroku, który w sposób symboliczny jest dokonywany w psychodramie. Pacjenci często w końcowej fazie terapii spontanicznie zgłaszają chęć odegrania takiej psychodramy, w której chcą się z czymś w swoim życiu pożegnać. Mogą to być bardzo różne sprawy. Jedną z moich pacjentek ostatnio przyszła bardzo kobieco i niemal odświętnie ubrana na spotkanie grupy i zgłosiła chęć spotkania ze swoimi rodzicami, podczas którego chciała powiedzieć im, co ją zawsze bolało, pożegnać się z iluzjami wyłącznie szczęśliwego dzieciństwa i z obarczaniem tylko siebie samej za wszystko, „co nie pasowało do idealnego obrazka”, i w ten sposób dokonać symbolicznego przejścia do dorosłego, realnego widzenia siebie i świata.

4. Temat katharsis — próby uwolnienia pacjenta od zapiekłych, zatruwających emocji, często gromadzonych przez niemal całe życie. Często pracujemy tu nad światem wewnętrznych obiektów pacjenta, np. poprzez rozdzielenie „dobrego” i „złego” rodzica, wyrażenie złości czy żalu do „złego” i otrzymanie dobrych uczuć od „dobrego”. W tym temacie często psychodrama styka się z psychoanalitycznymi koncepcjami relacji z obiektem. Scena psychodramatyczna staje się sceną wewnętrznych relacji i dynamizmów, możemy pracować zarówno nad wglądem w tę scenę, jak i nad jej transformacją w pożądanym terapeutycznie kierunku.

5. Różnorodne techniki psychodramatyczne (niekoniecznie tylko psychodrama z protagonistą) wykorzystywane są do zrozumiałego dla grupy obrazowania różnego rodzaju zależności psychologicznych. W ten sposób dokonujemy jak gdyby przekładu hermetycznego i często niezrozumiałego dla pacjentów języka psychodynamicznych zależności na inny, bardziej zrozumiały język obrazów i symboli. Może on pomóc stworzyć czytelną dla innych pacjentów, a również dla terapeutów, „mapę” trudności i problemów pacjenta, oraz kierunków zmian, do których pacjent dąży w procesie psychoterapii. Obrazowy język psychodramy może znieść różnice między nieprzystającymi w dużej mierze często do siebie językami terapeutów i pacjentów i stać się ich wspólnym językiem.

Trzeba wspomnieć też, że łączenie podejścia psychodynamicznego z psychodramatycznym ma też drugą stronę medalu. Pacjentom np. trudno jest czasami utrzymać się w konwencji sharingu, ponieważ na sesjach dyskusyjnych przyzwyczajeni są też do innego rodzaju aktywności (np. interpretacji czy informacji zwrotnych). Terapeuci powinni przeciwdziałać temu zjawisku poprzez modelowanie oraz wyjaśnianie zasad sharingu. Czasami niektórzy pacjenci mają do psychodramy podejście nazbyt „magiczne”, co może owocować nierealistycznymi oczekiwaniami wobec niej („psychodrama ma mnie uleczyć bez większego wysiłku z mojej strony”). Tym, co przeciwdziała temu zjawisku, jest przede wszystkim nierozbudzanie przez terapeutów nadmiernych oczekiwań oraz unikanie własnych narcystycznie omnipotentnych nastawień.

Trzeba sobie również zdawać sprawę, że techniki psychodramatyczne często bardzo szybko i jak gdyby ponad oporem pacjenta pomagają docierać do bardzo trudnego i zagrażającego materiału. Jest to z jednej strony ogromna zaleta psychodramy, ale dość często, gdy dzieje się to w sposób niekontrolowany, może być szkodliwe dla właściwego, nie nazbyt szybkiego, procesu psychoterapii. Terapeuta powinien zawsze pamiętać, że mechanizmy obronne są potrzebne i nie należy ich zbyt szybko przekraczać. Tutaj może przydać się jedna z zasad techniki psychoanalitycznej mówiąca o tym, że najpierw należy zająć się oporem, a dopiero potem treściami, których opór dotyczy.

Na koniec tego wystąpienia chciałbym zaznaczyć, że podział na sesje dyskusyjne i psychodramatyczne, którego tutaj dokonałem, jest trochę sztuczny. Należy pamiętać, że proces terapii zarówno w wymiarze grupowym, jak i jednostkowym jest pewną całością. W związku z tym sesje dyskusyjne i psychodramatyczne w żadnym wypadku nie powinny stanowić dwóch odrębnych światów. Powinny mieć pewną specyfikę, ale elementy podejścia psychodramatycznego powinny być obecne na sesjach dyskusyjnych i odwrotnie — elementy myślenia analitycznego oraz pracy wglądowej na sesjach psychodramatycznych. Aby tak się działo, najważniejsze wydaje się dobre zintegrowanie tych dwóch podejść w zespole terapeutycznym. Nie jest to takie proste, gdy trzeba połączyć w swoim działaniu wcale nie tak łatwo przystające do siebie cechy, chociażby takie, jak: spontaniczność, kreatywność i emocjonalną obecność terapeuty z niezbędną neutralnością, dystansowaniem się oraz analitycznym nastawieniem. Być może jest to jednak możliwe.

Adres: Jarosław Gliszczyński
44-100 Gliwice, ul. Brzozowa 3