

Paulina Chudzikiewicz-Krawsz¹

MIESZKANIE CHRONIONE JAKO SPOTKANIE POMIESZCZAJĄCEGO I POMIESZCZANEGO

SUPPORTIVE HOUSING AS A SPACE FOR CONTAINER AND CONTAINED

¹Szpital Wolski, Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego

**supportive housing
psychosis
therapeutic methods**

Streszczenie

Mieszkania chronione stanowią alternatywę wobec azylowego modelu leczenia, pozwalając jednocześnie zapewnić ciągłość opieki psychiatrycznej, wykraczającej poza samą hospitalizację. Przybierają one różne formy, bazują na odmiennych sposobach rozumienia choroby, możliwości chorego oraz założeniach przyjmowanych względem celu udzielanej opieki. Zazwyczaj analizy ich funkcjonowania ogniskują się na aspektach technicznych, pozostawiając poza centrum zainteresowania refleksje dotyczące wpływu struktury psychicznej kandydatów, procesów grupowych, dynamiki procesów przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych i odtwarzających się doświadczeń uczestników.

Niniejszy artykuł jest opisem pracy mieszkania chronionego prowadzonego w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego i adresowanego do pacjentów o psychotycznym stanie umysłu. W okresie od listopada 2019 roku do sierpnia 2022 roku autor pełnił tam funkcję koordynatora mieszkania, odpowiadając za organizację pracy i kwalifikację uczestników.

Prezentowany materiał ma na celu ukazanie możliwości wykorzystania mieszkania chronionego jako skutecznego narzędzia terapeutycznego mogącego poszerzać wgląd uczestników w motywy podejmowanych decyzji i podnosić gotowość ponoszenia ich konsekwencji. Starano się przy tym zwrócić uwagę na wiele czynników i mechanizmów psychologicznych wpływających na przebieg pobytu i dynamikę relacji mieszkańców oraz kadry.

Summary

Supportive housing is an attempt to find an alternative to the asylum model of treatment while ensuring continuity of psychiatric care that goes beyond mere hospitalization. It takes different forms and is based on other ways of understanding the disease, the patient's capabilities, and the assumptions made about the purpose of the care provided. Usually, analyses of its functioning focus on technical aspects, leaving reflections on the influence of the candidates' psychological structure, group processes, the dynamics of transference-countertransference processes, and the recurring experiences of participants outside the main focus.

This article describes the experience of working in supportive housing for psychotic patients as part of the Mental Health Center. From November 2019 to August 2022, the author was a coordinator responsible for organizing the work and qualifying participants.

The presented material aims to show the possibilities of using supportive housing as an effective therapeutic tool to broaden participants' insight into the motives behind their decisions and willingness to bear the consequences. At the same time, it attempts to draw attention to several psychological factors and mechanisms influencing the course of the stay and the dynamics of the relationships between residents and staff.

Wstęp

Mieszkania ze wsparciem przybierają różną formę: są to między innymi hostele, mieszkania wydzielone w ramach DPS, mieszkania z dokwaterowaniem, mieszkania własne z usługami specjalistycznymi, mieszkania chronione typu treningowego i wspieranego [1, 2]. W Polsce ramy ich funkcjonowania nadaje artykuł 53 Ustawy o pomocy społecznej [3] oraz Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 roku [4]. Szczegółowe zasady organizacji i sposób kwalifikacji uczestników ustalają jednak instytucje zarządzające daną placówką. Bazują przy tym na odmiennych sposobach rozumienia choroby, możliwości chorego i założeniach przyjmowanych względem celu udzielanej opieki.

Refleksja nad procesami psychologicznymi towarzyszącymi pobytowi w takim miejscu daje możliwość nadawania znaczenia obserwowanym zachowaniom i objawom mieszkańców w kontekście ich życia oraz struktury psychicznej [5, 6]. Pozwala tym samym dostrzec w mieszkaniu chronionym skuteczne narzędzie terapeutyczne bazujące na tworzeniu przestrzeni kontenerującej.

Zgodnie z koncepcją Biona [7], relacja pomieszczanego i pomieszczającego bazuje na otwartości i zdolności do przyjęcia, tolerowania i przetworzenia myśli i emocji jednej osoby przez umysł drugiej. Pozwala to na lepsze zrozumienie i integrację doświadczanych stanów, a tym samym umożliwia jednostce poszerzenie wglądu w siebie i wprowadzanie zmian w swoim funkcjonowaniu.

O spotkaniu pomieszczanego i pomieszczającego można myśleć z różnych perspektyw. Wydaje się, że najszybciej uruchamiają się skojarzenia dotyczące relacji pacjenta i terapeuty. Warto jednak uwzględnić znaczenie grupy jako przestrzeni kontenerującej swoich członków oraz doświadczenia terapeuty osadzonego w zespole terapeutycznym. Z uwagi na to ważne jest przyglądanie się odczuciom specjalistów, stanom *reverie*¹ i relacjom w zespołach terapeutycznych w taki sposób, aby uwzględniać wpływ zarówno procesów grupowych, jak i odtwarzania się doświadczeń pacjentów.

Niniejszy artykuł jest próbą zobrazowania powyższego podejścia poprzez przedstawienie doświadczeń pracy mieszkania chronionego prowadzonego w ramach Centrum Zdrowa Psychicznego.

¹⁾ *Reverie* (ang. zamyślenie) – rozumiane jako zdolność nadawania projekcjom pacjenta znaczenia, co pozwala na rozwijanie jego zdolności myślenia (rozwój funkcji alfa) [7].

Okoliczności powstania i kształtowania się ośrodka

Opisywany ośrodek rozpoczął swoją pracę w listopadzie 2019 roku. Jego powołanie było możliwe dzięki funduszom uzyskanym w ramach projektu „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie” (będącego częścią Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego). Starając się stworzyć komfortową przestrzeń dla mieszkańców, zaadaptowano studwudziestometrowy lokal w przedwojennej kamienicy, który został gruntownie wyremontowany i kompleksowo wyposażony. Do dyspozycji lokatorów były jedno- i dwuosobowe pokoje, dwie łazienki, kuchnia oraz duży salon z przyległym gabinetem specjalistów. Mieszkańcy mieli swobodny dostęp do wszystkich udogodnień i sprzętów.

Estetyka wnętrza początkowo była dość minimalistyczna, zostawiono bowiem miejsce na „treści” wnoszone przez kolejnych mieszkańców. Ich zaangażowanie zarówno w obszarze personalizowania wystroju mieszkania, jak i panujących w nim zasad pozwalało na stopniowe „wyłanianie się mieszkania”, czyli kształtowanie się wewnętrznej przestrzeni kontenera. Przyjęta postawa odwoływała się do zyskującego na popularności w ostatnich latach pojęcia „projektowania uwzględniającego traumę” (ang. *trauma-informed design*). Termin ten odnosi się do dostrzegania w środowisku, w którym osadzona jest jednostka, potencjału wspierania powrotu do zdrowia psychicznego. Przegląd badań przeprowadzonych w USA i Kanadzie [8, 9, 10] charakteryzował środowisko uważne na traumę jako przewidywalne, spokojne, czyste i ciche, a także respektujące potrzebę prywatności i zapewniające możliwość decydowania, w jaki sposób człowiek chce nawiązać kontakt z innymi. Odślaniało to znaczenie takich zmiennych, jak układ mebli czy plan pięter, jako czynników mogących tworzyć wspólną przestrzeń dla jej użytkowników. Ponadto wyniki przytoczonych badań mówiły o znaczeniu samodzielnego doboru przedmiotów dekoracyjnych, wzbudzających poczucie stałości i posiadania bezpiecznej bazy do budowania swojej tożsamości.

Przyjmowane zasady, rytm funkcjonowania i rola każdego członka zespołu miały dawać poczucie bezpieczeństwa, osadzenia i stabilności w pracy z mieszkańcami – budować ramy, wewnętrzny setting. Pobyt miał sprzyjać budowaniu wewnętrznej motywacji do prowadzenia autonomicznego życia oraz zwiększeniu świadomości podejmowanych decyzji.

Oddziaływania indywidualne oraz grupowe w ośrodku

Mieszkanie chronione dawało możliwość korzystania z programów terapeutyczno-treningowych, społeczności terapeutycznej oraz wsparcia trzech terapeutów, psychologa i pracownika socjalnego oraz koordynatora mieszkania. Specjaliści nie pełnili swoich dyżurów całodobowo, lecz przez 3–5 godzin każdego dnia (w zależności od potrzeby). Taki układ miał na celu zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, przy jednoczesnym wzmacnianiu autonomii mieszkańców. Przyjęte względem mieszkania założenia implikowały jednak wymóg, by kandydaci wykazywali się przynajmniej podstawowymi umiejętnościami w zakresie samoobsługi i samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego. Ważna była świadoma postawa i choćby częściowy wgląd w chorobę oraz stabilny stan zdrowia.

Priorytetową rolę odgrywała jednak gotowość do współpracy i wprowadzania zmian w swoim funkcjonowaniu.

Czynnikiem wykluczającym było wykazywanie cech głębokich zaburzeń osobowości, uniemożliwiających wejście w sytuację zależności i przyjęcie oferowanej pomocy bez zawistnego jej niszczenia czy destrukcyjnego wykorzystania otoczenia. Odmawiano również osobom prezentującym ostre zaburzenia psychiatryczne, uzależnienie od hazardu lub substancji psychoaktywnych oraz przejawiającym skłonności do zachowań agresywnych i autodestrukcyjnych. W tych sytuacjach mieszkanie nie pozwalało na zapewnienie adekwatnej opieki oraz odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa samym zainteresowanym i pozostałym uczestnikom.

Podczas rekrutacji starano się stworzyć grupę o stosunkowo podobnym charakterze trudności. Unikanie łączenia osób skrajnie różniących się od pozostałych członków grupy miało na celu ułatwienie uczestnikom procesu adaptacji oraz zwiększenie trafności proponowanej oferty.

Wymogi programu nakładały dodatkowe kryterium – odbiorcami wsparcia mogły być jedynie osoby pełnoletnie, z doświadczeniem kryzysu psychicznego, zamieszkujące na terenie miasta stołecznego Warszawy. Dodatkowo, z uwagi na obowiązujące rozwiązania prawne [11, 12], kandydaci w trakcie procesu kwalifikacji proszeni byli o wskazanie ewentualnego miejsca, do którego mogliby przenieść się po zakończonym pobycie w placówce. Omawianie tej kwestii, choć budziło niekiedy napięcie u pacjentów, pozwalało wprowadzić perspektywę ograniczonego czasu i konieczność odpowiedzialnego przygotowania chorego oraz jego bliskich na to nowe doświadczenie i realistycznie wyznaczyć jego cele.

Czas pobytu w mieszkaniu wahał się od sześciu miesięcy do półtora roku. Początkowo zakładano jedynie pobyty długoterminowe, jednak obserwacje pokazały wartość również tych krótszych. Niezależnie od długości planowanego zamieszkania, u kandydatów można było dostrzec wiele różnych emocji. Niektórzy obawiali się nowego doświadczenia i wizja nawet krótkiego pobytu budziła w nich lęk przed zmianą oraz wątpliwości, czy poradzą sobie z separacją od najbliższych. Obawiali się długoterminowych zobowiązań i woleli deklarować się „tylko na próbę”, by sprawdzić, jak sobie dadzą radę. Wówczas możliwość regulowania czasu pobytu działała uspokajająco. Dla innych wizja nawet półtorarocznego zakwaterowania wydawała się zbyt krótka. Niekiedy kandydaci lub ich bliscy żywili wręcz nadzieję na możliwość stałego zamieszkania. Obawiali się kolejnej zmiany i konieczności podjęcia decyzji dotyczących przyszłości. W takich przypadkach ważne było przygotowanie chorego oraz jego krewnych na powrót do domu rodzinnego. Różne scenariusze zakończenia pobytu uwzględniały także możliwość udzielenia wsparcia przez krewnych w staraniach o niezależne mieszkanie.

Budowanie niezależności mieszkańców

Dla części osób pobyt w mieszkaniu chronionym faktycznie stawał się początkiem samodzielnego życia. Często jednak był doświadczeniem pozwalającym wrócić do domu rodzinnego na innych warunkach, z nowym nastawieniem czy nowymi umiejętnościami.

Nabywaniu nowych kompetencji lub rozwijaniu już posiadanych zasobów służyły różnego rodzaju treningi: funkcji poznawczych, umiejętności społecznych, samoobsługi, a także kulinarne, porządkowe, budżetowe, komunikacyjne oraz organizowania czasu wolnego i realizacji osobistych zainteresowań. Miały one charakter praktycznego towarzyszenia mieszkańcom w codziennych czynnościach. Podstawowym aspektem programu terapeutycznego była praca na relacjach budowanych zarówno pomiędzy uczestnikami, jak i ze specjalistami. Stworzenie społeczności terapeutycznej pozwalało uczestnikom uzyskać wsparcie w trudnościach oraz poczuć, że sami mogą pomóc drugiej osobie. Współlokatorzy mogli na przykład korzystać z własnych doświadczeń z okresu kryzysu, aby ułatwić innym sprawne monitorowanie stanu zdrowia. Mając to na uwadze, zachęcano uczestników do aktywnego udziału w zebraniach społeczności. W ich trakcie omawiano bieżące sprawy oraz plany na nadchodzący tydzień. Mieszkańcy umawiali się na różnego rodzaju wyjścia, organizację kolacji świątecznej lub informowali o planowanym wyjeździe. Mogli też podzielić się swoimi uczuciami związanymi z tym, co działo się we wzajemnych relacjach. W okresie początkowym pomocna była jasna struktura spotkań i większa aktywność kadry. Później uczestnicy sami podejmowali się negocjowania wzajemnych ustaleń.

Jedną z kwestii często poruszanych podczas spotkań społeczności stanowiło utrzymanie czystości w mieszkaniu. Było to zadanie, o które lokatorzy dbali samodzielnie. Dla części osób wykonywanie prac porządkowych nie stanowiło problemu lub wręcz było ważnym punktem dnia, dla innych zaś stawało się wyzwaniem budzącym niebagatelny opór. Wiza sprzątania własnego pokoju lub wzięcia odpowiedzialności za jakąś wspólną część mieszkania wyzwała w nich uczucie buntu podobne do protestu nastolatka przeciwko nakazom rodziców. Z niechęcią przyjmowali perspektywę, w której obowiązki domowe były częścią wybieranej przez nich samodzielności. Dlatego niekiedy kadra włączała się w działania, wspierając motywację uczestników lub pomagając im zastanowić się nad sensem poszczególnych prac. Pozornie błaha kwestia sprzątania pozwalała na postawienie pytań o znaczenie przypisywane porządkowi i bałaganowi oraz o to, co wyrażają w relacjach, a także jak przekładają się na gotowość wchodzenia w zależność czy ponoszenia wysiłku budowania swojej niezależności. Temat czystości otwierał przestrzeń do wyrażania niewypowiedzianych pretensji, żalów czy pragnień uczestników. Był także obszarem ujawniającym nasilanie się objawów psychopatologicznych.

Jednym ze skrajnych przykładów naruszenia standardów czystości było zabrudzenie fekaliami sporej części łazienki w trakcie psychotycznej dekompensacji uczestnika. Mniej drastyczne sposoby wyrażania odczuwanej złości dostrzegalne były w pozostawianiu po sobie nieumytych naczyń lub niewywiązywaniu się z zadeklarowanego posprzątania części wspólnej, co utrudniało funkcjonowanie pozostałym mieszkańcom. Kiedy udawało się ujawniać przyczyny tych emocji, zazwyczaj opisywane problemy znikwały lub znacząco się zmniejszały. Aby było to możliwe, zespół musiał wykazać gotowość do zamyślenia i poszukiwania rozumienia dla obserwowanych zdarzeń i ich dynamiki, a także otwartość na pomieszczenie stanów współpracowników.

Dla każdego uczestnika obecność w mieszkaniu oznaczała coś innego i wiązała się z odmiennymi potrzebami. Mając to na uwadze, każdy z lokatorów wraz z przypisanym sobie terapeutą tworzył plan usamodzielniania. Mniej więcej po upływie pierwszego miesiąca odbywała się seria kilku spotkań poświęconych celom uczestnika oraz działaniom,

które ułatwiłyby ich osiągnięcie. Omawiano, w jakich obszarach dana osoba potrzebuje pomocy i jakie zasoby może wykorzystać. Plan ten pogłębiany był o perspektywę wsparcia oferowanego przez psychologa oraz pracownika socjalnego. Ewaluacji ustaleń dokonywano co pół roku. Podsumowywano wówczas, co udało się już osiągnąć, a co wymaga dalszej pracy. Zastanawiano się, czy w jakiś sposób zmieniło się postrzeganie obranych wcześniej dążeń i czy pojawiły się nowe cele. Podczas spotkania organizowanego na koniec pobytu dokonywano bilansu całości doświadczeń w mieszkaniu chronionym. Niekiedy, jeśli taka była chęć uczestnika, zapraszano również jego bliskich i w ich obecności rozmawiano o dalszych planach i możliwościach. Takie rozmowy odbywały się przy udziale dwóch członków kadry – terapeuty prowadzącego oraz psychologa lub pracownika socjalnego. Były też poprzedzone refleksyjną dyskusją zespołu w czasie superwizji.

Pobyt w mieszkaniu był nieodpłatny. Uczestnicy zostali jednak zobowiązani do przeznaczania co miesiąc stałej kwoty na rzecz wspólnego utrzymania. Na tych środkach opierały się treningi zarządzania budżetem domowym. W ich ramach mieszkańcy dokonywali zakupów produktów spożywczych czy środków czystości. Prowadzenie tego typu działań miało istotne znaczenie z uwagi na specyfikę trudności, z jakimi zmagają się osoby chorujące. Brak doświadczenia w samodzielnym gospodarowaniu własnym budżetem przekłada się często na mniejsze umiejętności planowania i niewłaściwe wydatkowanie pieniędzy. To zaś w dłuższej perspektywie może prowadzić do zadłużania mieszkania i niepowodzeń w samodzielnym funkcjonowaniu. Treningi budżetowe stwarzały także okazję do dyskusji nad celowością pewnych działań i konfrontowały z konsekwencjami dokonanych wyborów.

Ilustracją tego procesu była sytuacja na początkowym etapie funkcjonowania mieszkania. W tamtym czasie uczestnicy z konsternacją zauważyli, że wydali znaczną część budżetu na jedzenie zamawiane do domu z restauracji. W trakcie spotkania społeczności pojawiła się możliwość wyrażenia uczuć wywołanych zderzeniem wyobrażeń z rzeczywistością, a także omówienia przyczyn zaistniałej sytuacji oraz nadania jej znaczenia poprzez odniesienie się do procesu grupowego. Uczestnicy relacjonowali próby integracji, jednocześnie zgłaszając przy tym niechęć do wkładania wysiłku w samodzielne przygotowanie posiłków, brak wystarczających umiejętności kulinarnych, niejasne zasady dzielenia się posiłkami oraz obawy bycia wykorzystanym przez osoby, które mogłyby „przyjść na gotowe”. Ważnym dylematem okazała się także kwestia tego, co jest częścią wspólną zakupionego jedzenia i w jakim stopniu można wykorzystywać produkty spożywcze wedle własnego uznania. Ustalanie granic i zasad dzielenia się było tematem wielokrotnie powracającym w rozmowach grupy. Raz ustalone zasady podlegały modyfikacjom w zależności od potrzeb uczestników na danym etapie „życia mieszkania”.

Istotny wpływ na budowanie niezależności ekonomicznej mieszkańców miała współpraca z pracownikiem socjalnym. Dostarczał on informacji w zakresie przysługujących świadczeń i możliwości uzyskania pomocy w różnego rodzaju instytucjach oraz organizacjach pozarządowych. Wspierał także w załatwianiu spraw urzędowych i kontaktach ze środowiskiem. Niekiedy oznaczało to uczestniczenie w spotkaniach z rodziną chorego i omawianie możliwych rozwiązań, które pozwoliłyby uczestnikowi starać się o własne mieszkanie. W innych sytuacjach pracownik socjalny mobilizował do uporządkowania spraw prawnych. Przede wszystkim jednak podejmowane przez niego działania miały na celu wzmocnienie zdolności mieszkańców do samodzielnego rozwiązywania problemów.

Równolegle uczestnicy zachęcani byli do kontaktów z trenerami pracy, których dostępność zapewniał program POWER². Niezbędne kwalifikacje miała także część terapeutów zatrudnionych w mieszkaniu. Mieszkańcy mogli uzyskać od nich pomoc podczas tworzenia CV oraz porozmawiać z nimi o swoich zasobach w obszarze zawodowym. Trenerzy mogli natomiast towarzyszyć mieszkańcom podczas ich pierwszych chwil w nowej pracy, a także służyć wsparciem w budowaniu porozumienia pomiędzy pracodawcą a pracownikiem.

Obserwowanie innych, jak przechodzą przez kolejne etapy rekrutacji i szukają dla siebie atrakcyjnego zajęcia, sprawiało, że osoby, które do tej pory nie wykazywały aktywności w tym zakresie, zaczynały działać. Współlokatorzy podpowiadali sobie nawzajem, w jaki sposób mówić w pracy lub na studiach o chorobie; na ile konieczne jest ujawnianie informacji o swoim stanie zdrowia, a na ile można zachować dyskrecję. Dostarczali wiedzy, która działała uspokajająco i motywująco. Dodatkowo własny pokój w mieszkaniu chronionym dawał przestrzeń do nauki lub pracy zdalnej, co dla niektórych osób było komfortem, jakiego brakowało im w ich domu rodzinnym.

Jedna z młodszych uczestniczek, 22-letnia pani M., wykorzystała pobyt w mieszkaniu chronionym i rozmowy z terapeutą prowadzącym do zastanowienia się nad swoimi zainteresowaniami i sposobem ich wykorzystania w życiu. Zgłosiła się na wolontariat do schroniska. Później rozpoczęła kurs technika weterynarii i otrzymała propozycję stażu w jednej z przychodni weterynaryjnych. Kiedy kończyła pobyt, nie było jej stać na samodzielne wynajęcie mieszkania, dlatego wróciła do domu matki. W trakcie odwiedzin w mieszkaniu chronionym, już po zakończonym pobycie, z radością opowiadała, że teraz dokłada się do czynszu i samodzielnie pierze własne ubrania. Wcześniej miała silne wyobrażenie, iż powinna być jeszcze długo utrzymywana przez rodziców. Historia pani M. stanowiła inspirację dla innych mieszkańców, którzy po jej odwiedzinach zgłaszali chęć rozmowy o tym, jak napisać swoje CV.

Z drugiej strony obserwowanie rozwoju współlokatorów, ich sukcesów zawodowych oraz prywatnych, dla części osób konfrontujących się z pustką i stagnacją we własnym życiu bywało niezwykle trudne i wzbudzało zawiść. Osoby te nie wykorzystywały doświadczeń innych do uruchamiania czy umacniania u siebie bardziej aktywnej postawy, lecz reagowały zwiększeniem dystansu wobec grupy oraz zachowaniami destrukcyjnymi względem dotychczas wypracowanych efektów. Przykładem było doświadczenie pana A., który obserwując korzyści, jakie przynosi innym mieszkańcom poszukiwanie pracy lub nawiązywanie relacji towarzyskich i miłosnych, zaczął zgłaszać pogorszenie samopoczucia i nasilanie się objawów psychopatologicznych. Towarzyszyło temu wycofanie z terapii grupowej prowadzonej w ramach zespołu leczenia środowiskowego, na którą uczęszczał od kilku lat. Myślał o rezygnacji z psychoterapii, twierdząc, że nie przynosi ona żadnych efektów. Podobnie komentował pobyt w mieszkaniu chronionym. W obu tych miejscach widział ludzi, którzy są zainteresowani zmianą swojej sytuacji, co mocno kontrastowało z jego niewerbalizowanymi wprost celami pozostania w dotychczasowej pozycji. Zrozumienie mechanizmów kierujących pacjentem i adekwatna reakcja były możliwe dzięki

²⁾ Projekt „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie”, będący częścią Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

zintegrowanej i zespołowej pracy w ramach opieki Centrum Zdrowia Psychicznego. Omawianie postępów pracy i napotykaných trudności z członkami różnych zespołów, pod których opieką pozostawał pacjent, umożliwiało wymianę informacji potrzebnych do stworzenia całościowego i spójnego procesu leczenia.

Obserwacje te skłaniały także do refleksji, że w przypadku niektórych pacjentów doświadczanie pozytywnych oddziaływań, możliwość zbliżenia się do drugiej osoby i poczucia wzajemnej zależności prowadzą do wzrostu napięcia i potrzeby odreagowania, co skutkuje nasilaniem objawów choroby. Wspólne przeżywanie satysfakcji nie jest możliwe na tym etapie ich funkcjonowania. Należy zachować uważność i wziąć pod uwagę takie tendencje podczas opracowywania zintegrowanego planu terapeutycznego.

Korzyści płynące z kompleksowych oddziaływań

W ramach mieszkania chronionego nie prowadzono psychoterapii. Widoczne były jednak korzyści płynące z łączenia oddziaływań proponowanych w ośrodku z psychoterapią indywidualną lub grupową, prowadzoną na przykład w ramach poradni zdrowia psychicznego czy zespołu leczenia środowiskowego. Czynnikiem zwiększającym efektywność pobytu w mieszkaniu był też udział członków rodziny w grupie wsparcia lub w terapii rodzinnej. Działania te pozwalały w bardziej świadomy sposób zauważać i reagować na uczucia towarzyszące procesowi zmiany. W efekcie chroniło to przed podejmowaniem działań mogących blokować realizację celów wypracowywanych w mieszkaniu.

Mierzenie się z niełatwym procesem separacji wywoływało wiele emocji zarówno u uczestników, jak i u ich bliskich. Prowadziło to do polaryzacji spojrzenia na sytuację oraz przyjmowania pozycji obronnej. Kadra nieraz dostrzegała łatwość, z jaką uczestnicy przypisywali sobie cechy osób dążących do separacji, zaś w rodzicach dostrzegali tendencje do blokowania tych starań. Co ciekawe, podobne uczucia werbalizowali członkowie rodzin podczas spotkań w mieszkaniu. Zwracali oni uwagę między innymi na zmęczenie dotychczasową intensywnością wzajemnych kontaktów i nadzieję na ulgę dzięki wyprowadzce i usamodzielnianiu się dziecka. Jednocześnie towarzyszyło im poczucie straty i opuszczenia. W kilku przypadkach było to doświadczenie na tyle trudne i budzące silny niepokój oraz potrzebę kontroli, że rodzic przychodził do mieszkania chronionego z potrzebą sprawdzenia stanu czystości pokoju swego dorosłego dziecka. W toku całościowej pracy możliwe stawało się uchwycenie perspektywy, w której zarówno uczestnicy, jak i ich bliscy mogli poczuć, że potrzeba separacji oraz lęk przed nią są obecne po obu stronach.

Procesy psychologiczne mające wpływ na przebieg pobytu w mieszkaniu chronionym

Pobyt w opisywanym mieszkaniu chronionym wymagał od uczestników wejścia w grupę, zmierzenia się z procesem integracji i negocjowania zasad współpracy. Konfrontował z uczuciami wobec innych osób i uruchamiał liczne procesy emocjonalne, dające możliwość poszerzenia wiedzy o samym sobie oraz rozwinięcia nowych umiejętności. W procesie tym widoczne były dynamicznie zmieniające się fazy. Na początku dominowały lęk i niepew-

ność, jak będzie się przyjętym przez grupę. Później następował etap budowania współpracy i radzenia sobie z konfliktami. Faza końcowa wymagała zmierzenia się z separacją i utratą, ale i dawała nadzieję na bardziej samodzielne i dojrzałe funkcjonowanie.

Pacjenci zgłaszający się na kwalifikację przychodzili już z pewnymi fantazjami (nie zawsze świadomie werbalizowanymi) na temat całego procesu oraz samego mieszkania. Z uwagi na małą dostępność ośrodków tego typu niewiele osób miało możliwość usłyszeć relacje znajomych z pobytu w podobnych miejscach. Najczęściej więc odnosili się do skojarzeń z hospitalizacjami i warunkami szpitalnymi. To wzmagало obawy zarówno przed nieprzyjemnymi warunkami lokalowymi, jak i obecnością uciążliwych współlokatorów.

Podczas procesu kwalifikacji kluczowe było zbadanie motywacji uczestników i wyobrażeń, jakie mieli względem pobytu. Co sprawiło, że dana osoba zgłosiła się na konsultację? Czy z własnej inicjatywy pojawiła się na spotkaniu, czy też została do tego w jakiś sposób namówiona? Co to za moment w jej życiu? Z jakimi nadziejami i oczekiwaniami przyszła? W czym upatrywała trudności lub zagrożeń? Zbadanie tych obszarów, a na kolejnym etapie umożliwienie kandydatom odwiedzenia mieszkania i poznania już obecnych tam lokatorów, ograniczało lękotwórcze fantazje. Miało to również znaczenie w przypadku tych, którzy starając się o przyjęcie do mieszkania chronionego, tak naprawdę nie byli zainteresowani zmianą swojej sytuacji. W trakcie wywiadu wstępnego osoby te relacjonowały podejmowane przez otoczenie próby wzbudzenia w nich motywacji. Sami zainteresowani nie wykazywali się jednak aktywnością czy gotowością do wykorzystania swojego potencjału. Zgodnie z dostarczonymi informacjami, głównym motywem kierowania takiej osoby na kwalifikację do mieszkania chronionego było poczucie bezradności otoczenia w kontakcie z chorym. Być może bliscy żywili nadzieję na pomocny wpływ grupy. Przyjęcie pacjenta odrzucającego i dewaluującego wsparcie otrzymywane od innych miałoby jednak negatywny wpływ na funkcjonowanie mieszkania i pracę całej grupy. Wiązałoby się bowiem z dużym prawdopodobieństwem pojawienia się niekorzystnych rozegranych w relacjach pomiędzy domownikami. Grupa mogłaby próbować umieszczać w nowym członku swoje niechciane części, wzmagając jego izolację i prowokując do rezygnacji z leczenia z poczuciem porażki, odrzucenia i rozczarowania.

Uczestnicy niechętni do próbowania nowych aktywności (np. udziału w klubie pacjenta), z tendencją do zalegania w łóżku lub spędzania większości czasu w pokoju, mieli większe trudności w korzystaniu z pobytu w mieszkaniu niż uczestnicy podejmujący wysiłek integracji z otoczeniem i wypełniający swój plan dnia różnymi działaniami. Niekiedy jednak doświadczenie kontaktu z niedyrektywnym i empatycznym członkiem kadry pozwalało zmniejszyć opór domownika i wzbudzić w nim chęć zaangażowania się w życie mieszkania oraz poszukiwania aktywności, które sprawiałaby mu satysfakcję. Terapeuci musieli być uważni na źródła trudności i zdolności kontenerowania emocji. Sygnały pojawiającego się oporu wymagały zrozumienia, nazwania, a następnie zmierzenia się przez uczestnika z pytaniem, na ile pełnią one dla niego funkcję wspierającą, a na ile przynoszą straty. To umożliwiało podejmowanie bardziej świadomych decyzji i jednocześnie zmniejszało napięcie odczuwane przez pozostałych mieszkańców.

Współlokatorzy spędzali ze sobą niemal całą dobę, co sprzyjało odtwarzaniu się relacji i sytuacji znanych z układów rodzinnych czy oddających ich wewnątrzpsychiczne dylematy. Niekiedy były to procesy niezmiernie intensywne. Leonard Horowitz [za: 13] zwraca

uwagę, iż w grupach, w których dominujące znaczenie ma identyfikacja projekcyjna, może dochodzić do mechanizmu delegowania jednej osoby do roli „rzecznika”, nieświadomie wyrażającego przeżycia całej grupy. Ważnym zadaniem kadry było zatem rozpoznawanie i zapobieganie sytuacjom, w których jeden z uczestników mógłby być zaproszony do roli „kozła ofiarnego”, na przykład z uwagi na swoje mniejsze możliwości poznawcze czy wyraźniejsze nasilenie objawów. Niekiedy grupie łatwiej było odszczepiać od siebie nieakceptowane, „uszkodzone” części i przypisywać je jednemu z członków, który został uznany za słabszego lub skłonnego, by wejść w proponowaną rolę. To zaś mogło prowadzić do powtórzenia doświadczanego przez uczestnika traumatycznego doświadczenia kontaktu z grupą i chęci wycofania się. Grupa, w mniej lub bardziej świadomy sposób, chciała pozbyć się uczestnika, który wzbudzał trudne emocje. Zwykle towarzyszyła temu nieświadoma fantazja, że w ten sposób pozbędzie się niewygodnego zjawiska.

Równolegle do badania gotowości kandydata ważne było zadbanie o przygotowanie grupy na przyjęcie nowego członka. Lokatorzy mieszkania chronionego doświadczali zarówno pojawiania się nowych osób, procesu ich asymilacji, jak i żegnania się ze współmieszkańcami kończącymi pobyt. Niekiedy musieli zmierzyć się także ze zmianami w składzie kadry. Sytuacje te z jednej strony stanowiły źródło stresu i wpływały na pogorszenie się ich samopoczucia czy nasilenie objawów, a z drugiej – budziły zaciekawienie i optymistyczne oczekiwanie. Każda osoba wносиła bowiem coś nowego i rozwijającego do funkcjonowania mieszkania jako całości. Sprawiało to, że choć grupa stanowiła całość, to też nieustannie się zmieniała.

Każdy moment zmian w życiu mieszkania sprzyjał regresowi i prowadził do nasilenia się niepokoju lub konfliktów. Objawiało się to między innymi powrotem problemów, które wydawały się już rozwiązane. W takich okresach ustalone wcześniej granice należało ponownie omówić, gdyż były sprawdzane lub naruszane przez domowników. Jeden z takich przypadków stanowiło picie alkoholu pomimo ustalonej wcześniej zasady, że w trakcie pobytu w placówce trzeba utrzymywać abstynencję. Zdarzało się też, że uczestnicy próbowali niwelować czy odreagowywać doświadczane uczucia poprzez próby tworzenia związków miłosnych lub seksualnych ze współlokatorami. Relacje takie nie były zalecane, ponieważ niosły za sobą ryzyko wykorzystania, a także wywoływały dyskomfort u pozostałych mieszkańców. Blokowały przy tym rozwój grupy, zwłaszcza gdy zainteresowani próbowali ukrywać swoje relacje i utrzymać je w tajemnicy. Zadaniem kadry było uważne przyglądanie się sygnałom świadczącym o łamaniu zasad. Zdolność połączenia obserwowanych zachowań z kontekstem doświadczeń zarówno poszczególnych uczestników, jak i całej grupy pozwala zrozumieć przyczyny i dostosować do nich adekwatną interwencję. Niekiedy wiązało się to z koniecznością podjęcia rozmów z uczestnikiem o wcześniejszym zakończeniu pobytu.

Grupa, złączając się, oczekiwała większej aktywności kadry w pilnowaniu zasad i porządku oraz domagała się wyciągania konsekwencji. Szczególnie na początkowym etapie pobytu uczestnicy potrzebowali jasnej struktury, która pełniła funkcję uspokajającą. Z czasem widoczne stawały się korzyści z zapraszania domowników do wspólnego rozwiązywania dylematów i dbania o zasady. Pozwalało to budować ich poczucie odpowiedzialności i wpływu na funkcjonowanie grupy, wzmacniało także kompetencje społeczne oraz chroniło przed infantylnym traktowaniem.

Zazwyczaj złość czy rywalizacja względem członka kadry były trudne do ujawniania. Uczestnicy mierzyli się z obawami przed konsekwencjami okazania wrogich uczuć. Gdy lękowe wyobrażenia dominowały, wówczas dochodziło do dewaluowania jednego z członków grupy lub ujawniania frustracji z powodu jakiegoś nieistotnego dotąd aspektu funkcjonowania ośrodka. Zgłaszane uwagi starano się rozpatrywać na kilku poziomach – od analizy faktycznej uciążliwości konkretnego zjawiska, po nadanie mu znaczenia z poziomu bardziej symbolicznego. Ukazywanie sposobu myślenia kadry, w tym dostrzegania wielu znaczeń zgłaszanych problemów, pozwalało uczestnikom zastanowić się nad faktycznymi motywami ich zachowań czy wypowiedzi. W pewnym zakresie budowano w ten sposób umiejętność mentalizacji, a także pokazywano, jak skutecznie można radzić sobie z doświadczaną frustracją.

Zdarzało się i tak, że uczestnik wyrażał nieprzyjemne uczucia, ale robił to nie do końca wprost, a następnie szybko wycofywał się z kontaktu. Pewnego razu mężczyzna, który zwykle dobrze radził sobie w grze w szachy, przegrał z terapeutką. Uczucie porażki tak zraniło jego samoocenę, że w pierwszej reakcji powiedział: „ale za to jest pani brzydka”. Po tym zrezygnował z dalszej gry i wyszedł z mieszkania, pozostawiając w konsternacji rywalkę oraz obserwatorów tej sytuacji.

W trakcie działalności ośrodka mieszkańcy zwracali uwagę, iż dzielenie wspólnej przestrzeni z drugim człowiekiem stanowi dla nich wyzwanie. Dostrzeganie odmienności konfrontowało ich z pytaniem, czy i w jaki sposób możliwy jest dialog oraz współdziałanie. Istniało przy tym ryzyko, że trudności w tolerowaniu frustracji i rozczarowania mogą doprowadzić do obwiniania innych za niewygodę własnego położenia lub nawet przyczyniać się do chęci wcześniejszego opuszczenia ośrodka. Temat ten był kilkakrotnie podnoszony przez osoby zakwaterowane w dwuosobowej sypialni. Współlokatorzy wyrażali na to wcześniej zgodę, a pokój był duży i umeblowany w taki sposób, aby zapewnić im niezależność. Jednak w zestawieniu z sytuacją osób mających własne pokoje budziło to niezadowolenie. Dla części uczestników dużą rolę odgrywało poczucie bycia traktowanym w dokładnie taki sam sposób jak inni. Dostrzegane rozbieżności wzbudzały zazdrość i chęć rywalizacji, przypominające poniekąd relacje z rodzeństwem w wielodzietnej rodzinie. Z drugiej strony zgłaszali się również tacy kandydaci, którzy mogąc przebywać w pełnym ludzi mieszkaniu, czuli się bezpieczniej. Obecność innych dawała im poczucie, że w razie trudnej sytuacji będą mogli liczyć na drugą osobę.

Zdolność do akceptowania niewygody czy niezadowolenia i poszukiwania rozwiązań pozwalających dostrzegać korzyści w nieidealnym otoczeniu stanowiła, w założeniach opisywanej placówki, jeden z ważniejszych czynników rozwoju. Uznano, że uczucie frustracji, gdy jest adekwatne do możliwości uczestnika, pozwala lepiej odnajdywać się w wymogach samodzielnego życia i odczuwać satysfakcję z osiągniętych celów.

Kończenie pobytu było jedną z najtrudniejszych zmian. Nasze obserwacje wskazywały, że niektórzy uczestnicy, zdając sobie sprawę ze zbliżającego się terminu wyprowadzki, zaczęli wykazywać się większą mobilizacją. Dla innych pożegnanie okazywało się zbyt bolesne i zaczęli w pewien sposób niszczyć to, co dotychczas wypracowali czy otrzymali: notorycznie spóźniali się do nowo zdobytej pracy, co groziło jej utratą, odmawiali wywiązywania się z dyżurów, opuszczali spotkania grupowe, zaczynały im przeszkadzać zasady funkcjonowania grupy, które wcześniej nie budziły wątpliwości. Niekiedy frustracja i żal okazywały się zbyt silne i uczestnicy woleli rozstać się z grupą z uczuciem złości,

chroniącej ich przed doświadczeniem straty czy tęsknoty. W historii opisywanego mieszkania zdarzyła się raz sytuacja, w której uczestnik wyprowadził się, nie dając wcześniej o tym znać i pozostawił po sobie bardzo zniszczony pokój. Szkody były na tyle poważne, że kadra wraz z pozostałymi mieszkańcami musiała odmalować ściany, wymyć podłogę z farb i uprać dywan. Większość uczestników potrafiła jednak utrzymać dobre uczucia podczas kończenia pobytu. Niektórzy nawet po opuszczeniu ośrodka chętnie odwiedzali dawnych współlokatorów oraz kadre. Przychodzili napić się herbaty lub wziąć udział w świątecznym spotkaniu i przy okazji opowiadali o zmianach w swoim życiu. Dzięki pobytowi w ośrodku poszerzali sieć swoich znajomych o osoby poznane w mieszkaniu.

Intensywność procesów zachodzących w mieszkaniu chronionym sprawiała, że ważnym elementem pracy była superwizja oraz regularne spotkania zespołu. Omawiano wówczas kandydatury nowych uczestników, aktualną sytuację mieszkańców oraz dylematy, przed którymi stali specjaliści. Kadra mierzyła się bowiem zarówno z potrzebą wykorzystywania pokładów własnej energii do motywowania innych, jak i znajdowania w sobie zrozumienia dla emocji i decyzji uczestników. Przypominało to doświadczenia, z jakimi mierzą się rodziny chorych. Łatwo zatem można było ulec procesom przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowym i stracić zdolność symbolicznego myślenia czy pozycji refleksyjnego obserwatora. Stan takiego pomieszczenia uwidocznił się między innymi w dylemacie, czy i w jaki sposób kadra może wejść do pokoju uczestnika. Co to oznacza i na ile może być odebrane jako agresywne naruszenie granic prywatności. Towarzyszyło temu silne pragnienie jednoznacznego i jak najszybszego rozstrzygnięcia wątpliwości. Omawianie tej kwestii podczas superwizji pozwoliło osłabić emocje blokujące myślenie i dostrzec analogię do doświadczeń domowników mierzących się z ustalaniem granic.

Uwagi końcowe

Na prowadzone działania i sposób pracy w opisywanym mieszkaniu chronionym istotny wpływ miało wypracowanie zintegrowanej współpracy z Centrum Zdrowia Psychicznego (którego mieszkanie było częścią) oraz Ośrodkiem Pomocy Społecznej. Pozwalało to na zabezpieczenie ciągłości opieki i podejmowanie skoordynowanych działań, a dla kadry stanowiło dodatkowe źródło wsparcia. Uczestnikom natomiast dawało możliwość kontaktu ze specjalistami, których już znali, mieli do nich zaufanie i którzy znali ich historie.

W efekcie nawet krótkiego pobytu uczestnicy oraz współpracujący z nimi specjaliści zyskiwali cenną metodę diagnostyczną, pozwalającą lepiej zrozumieć funkcjonowanie chorego i dostosować ofertę terapeutyczną do jego potrzeb. Kadra, mierząc się z uczuciami podobnymi do przeżyć rodzin uczestników, mogła uchwycić między innymi czynniki blokujące proces separacji, które nie ujawniały się w innych sytuacjach (np. podczas wizyty w gabinecie lekarskim).

Zaangażowanie specjalistów mających doświadczenie w pracy z grupą (w tym z grupą pacjentów doznających psychotycznych stanów umysłu) pomagało w rozumieniu dynamiki relacji mieszkańców, ich przeżyć i reakcji na działania kadry oraz dylematów zespołu na poszczególnych etapach pracy. Niezmiernie ważnym czynnikiem zapewniającym jakość pracy była regularna superwizja całego zespołu. Refleksyjna obecność innych, dająca

„perspektywę trzeciego”, pomagała uwolnić się od pojawiającego się niekiedy uczucia pomieszczenia towarzyszącego intensywnym procesom zachodzącym w mieszkaniu.

Pomimo że pobyt w mieszkaniu chronionym nie stanowił procesu psychoterapeutycznego, to przybierał formę relacji pomiędzy pomieszczającym i pomieszczanym. Tworzącą się grupa pomieszczała swoich członków – tak uczestników, jak i kadrę. Doświadczenie bycia w kontakcie z empatycznym i słuchającym człowiekiem stanowiło kluczową wartość w procesie budowania niezależności mieszkańców. Stworzenie społeczności terapeutycznej oraz przestrzeni do stawiania pytań o to, dlaczego jednostka chciałaby lub nie chciałaby stać się samodzielna i co to tak naprawdę dla niej oznacza, wspierało budowanie świadomej postawy uczestników oraz przejrzystej komunikacji.

Piśmiennictwo

1. Axer A, Prot-Klinger K, Lech K. Mieszkania dla osób doświadczających choroby psychicznej – przykład Oregonu i Polski. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2015; 24: 91–98.
2. Lech K. Wsparcie dla osób chronicznie bezdomnych z doświadczeniem choroby psychicznej według zasad „Najpierw mieszkanie”. Warszawa: Fundacja Ius Medicinæ; 2015.
3. Ustawa o Pomocy Społecznej, art. 53 (Dz.U. 2023 poz. 901, 1693).
4. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz.U. z 2018 r. poz. 822 z późn. zm.).
5. Prot K. Od azylu poprzez dom wariatów do domu własnego, *Konteksty. Pol. Sztuka lud.*, 2001; 2–3: 294–298.
6. Prot K, Murawiec S. Psychodynamiczna terapia pacjentów psychotycznych w warunkach środowiskowych. *Psychiatria*. 2013; 4 (167): 29–39.
7. Bion WR. Pomieszczające i pomieszczone. W: *Uwaga i interpretacja*, wyd. 3. Warszawa: Oficyna Ingenium, 2025, 137–147.
8. Rollings KA, Bollo CS, Permanent Supportive Housing Design Characteristics Associated with the Mental Health of Formerly Homeless Adults in the U.S. and Canada: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*, 2021; 18(18): 9588.
9. Rog DJ, Marshall T, Dougherty RH, George P, Daniels AS, Ghose SS, Delphin-Rittmon ME. Permanent Supportive Housing: Assessing the Evidence. *Psychiatr Serv*. 2014; 65(3): 287–294.
10. Harris T, Rhoades H, Duan L, Wenzel SL, Mental health change in the transition to permanent supportive housing: The role of housing and social networks. *J Community Psychol*. 2019; 47(8): 1834–1849.
11. Ustawa z dnia 2 marca 2020, art. 15zzr dot. zakazu eksmisji wprowadzony z powodu pandemii covid-19 (Dz.U. 2020 poz. 374).
12. Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego (Dz.U. 2001 nr 71 poz. 733).
13. Jabłońska-Dzierża J, Łodej-Sobańska W, Marczevska J, Pawlik J. Podstawowe procesy i zjawiska w terapeutycznej grupie analitycznej. W: Pawlik J, red. *Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe*. Warszawa: Eneteia; 2008, 57–104.

W dniach **9–10 maja 2026 roku**
w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym w Krakowie
odbędzie się konferencja naukowa:

Osoba terapeuty. Relacja terapeutyczna

organizowana przez

Krakowską Fundację Rozwoju Psychoterapii
im. Profesor Marii Orwid
w 35. rocznicę jej założenia.

Do czynnego udziału w konferencji zaproszono psychoterapeutów reprezentujących różne szkoły i podejścia psychoterapeutyczne, aby z wielu perspektyw przyjrzeć się roli terapeuty oraz cechom relacji terapeutycznej i temu, jak sprzyjają one bądź utrudniają budowanie przymierza terapeutycznego oraz jak wpływają na rozwój procesu terapeutycznego.

Wykłady wygłoszą: Anna Dziubińska-Starska, Mariusz Furgał, Rafał Pniewski, Małgorzata Wolska.

Warsztaty poprowadzą: Maria Augustyn; Katarzyna Furgał, Piotr Marcinkowski i Dorota Solecka; Paula Hanuszkiewicz; Alina Jasiak; Milena Kansy i Konrad Markiewicz; Beata Kicińska i Barbara Żurek; Artur Krupa; Katarzyna Rudnicka i Dominika Sznajder; Katarzyna Ślęzak.

Krótkie wykłady dotyczące specyfiki relacji terapeutycznej i roli terapeuty w zależności od podejścia terapeutycznego wygłoszą: Anna Bielańska, Tomasz Ptak, Wanda Szaszkiewicz, Kaja Wieczorek-Socha, Agnieszka Wojtaszek.

Analizy przedstawionego przypadku dokonają: Grzegorz Baster, Ewa Nikiel, Krzysztof Szwajca.

Patronat medialny konferencji: Kwartalnik „Psychoterapia”.

Więcej informacji i zapisy na stronie internetowej:
<https://kfrp.pl/konferencja/konferencja-naukowa-osoba-terapeuty-relacja-terapeutyczna>