

# Biuletyn



SOCJO



TERAPEUTYCZNY

1 (2023)

Wydawnictwo Naukowe UAM



PÓLSKIE  
STOWARZYSZENIE  
SOCJOTERAPEUTÓW



**BIULETYN  
SOCJOTERAPEUTYCZNY**

1 (2023)



**POLSKIE  
STOWARZYSZENIE  
SOCJOTERAPEUTÓW**

# BIULETYN SOCJOTERAPEUTYCZNY

1 (2023)



POZNAŃ 2023

**Redaktorka Naczelna**

BARBARA JANKOWIAK

**Sekretarz Redakcji**

KAROLINA KURYŚ-SZYNCCEL

**Komitet Redakcyjny**

MACIEJ BERNASIEWICZ, Uniwersytet Śląski w Katowicach  
LIDIA CIERPIAŁKOWSKA, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
AGNIESZKA GROMKOWSKA-MELOSİK, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
CHARLES HILL, Whittier College, USA  
SYLWIA JASKULSKA, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
MIROSLAW KOWALSKI, Uniwersytet Zielonogórski  
DAGMAR MARKOVÁ, Constantine the Philosopher University in Nitra, Slovakia  
ESTEFÂNIA SILVA, University of Maia, Portugal  
EMILIA SOROKO, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
MACIEJ WILK, Krakowskie Centrum Psychodynamiczne  
EWA WOJTYNKIEWICZ, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Publikacja sfinansowana przez Polskie Stowarzyszenie Socjoterapeutów

© This edition Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,  
Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2023

**Projekt okładki**

K. & S. SZURPIT

**Redaktor**

ANNA LIBEREK

**Redaktor techniczny i łamanie komputerowe**

REGINALDO CAMMARANO



Wersja elektroniczna publikacji jest dostępna na licencji Creative Commons –  
Uznanie autorstwa 4.0 Międzynarodowe

<https://press@amu.edu.pl>

<http://biuletyn.socjoterapia-pss.pl/index.php/biuletyn>

Wersja pierwotna czasopisma: drukowana

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU  
UL. FREDRY 10, 61-701 POZNAŃ

[www.press.amu.edu.pl](http://www.press.amu.edu.pl)

Sekretariat: tel. 61 829 46 46, faks 61 829 46 47, e-mail: [wyd nauk@amu.edu.pl](mailto:wyd nauk@amu.edu.pl)

Dział sprzedaży: tel. 61 829 46 40, e-mail: [press@amu.edu.pl](mailto:press@amu.edu.pl)

Ark. wyd. 8,00. Ark. druk. 8,375

DRUK I OPRAWA: VOLUMINA.PL SP. Z O.O., SZCZECIN, UL. KS. WITOLDA 7–9

## SPIS TREŚCI

Wstęp.....	7
------------	---

### ARTYKUŁY

<b>KATARZYNA SAWICKA</b> Wokół pojęcia socjoterapii.....	11
JAROSŁAW JAGIEŁA Możliwości zastosowania analizy transakcyjnej w socjoterapii.....	25
MACIEJ WILK Cztery oblicza socjoterapii.....	43
AGNIESZKA LASOTA Pozytywne interwencje terapeutyczne oparte na wdzięczności w socjoterapii dzieci i młodzieży.....	57
AGNIESZKA JAROS Socjoterapia z bajką – metodyczne wskazówki pracy.....	75
BARBARA JANKOWIAK, EMILIA SOROKO Jakościowa analiza autonarracji socjoterapeutów na temat problemów nastoletnich uczestników grup i przebiegu socjoterapii.....	85
ADRIANNA BRZEZIŃSKA Przemoc na randkach w pracy socjoterapeutycznej z młodzieżą.....	105

### SPRAWOZDANIA

ANNA KACZMARSKA-PAJĄK Sprawozdanie z dyskusji podczas Sympozjum Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów na temat pracy socjoterapeutycznej w trakcie pandemii COVID-19.....	121
---	-----





# WSTĘP

Szanowni Państwo,

z radością przekazuję pierwszy numer „Biuletynu Socjoterapeutycznego”. To czasopismo naukowe wydawane jest przez Polskie Stowarzyszenie Socjoterapeutów we współpracy z Wydawnictwem Naukowym UAM. Pierwotnie było publikowane jako „Biuletyn Stowarzyszenia Socjoterapeutów i Trenerów”, któremu przyświecała głównie idea wspierania praktyki pracy grupowej z dziećmi i młodzieżą.

„Biuletyn Socjoterapeutyczny” w aktualnej formie jako podstawowy cel działalności przyjmuje wspieranie profesjonalizacji praktyki socjoterapeutycznej poprzez współpracę między praktykami a naukowcami oraz rozwój teorii i badań w obszarze socjoterapii. W związku z tym w „Biuletynie” stworzono przestrzeń zarówno dla tekstów zorientowanych teoretycznie lub opartych na badaniach empirycznych (ilościowych i jakościowych), jak również dla opisów przypadków z praktyki socjoterapeutycznej.

W tym numerze znajdą Państwo prace dotyczące teoretycznego rozumienia socjoterapii jako formy pomocy skierowanej do dzieci i młodzieży, omówienie możliwości zastosowania wybranych metod i technik w pracy socjoterapeutycznej, a także analizy wyników badań jakościowych. Ponadto numer wzbogacony jest o sprawozdanie z dyskusji, która miała miejsce podczas Sympozjum Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów w 2022 r., dotyczącej pracy socjoterapeutycznej z grupami dzieci i młodzieży w trakcie pandemii COVID-19.

W imieniu Zespołu Redakcyjnego oraz własnym dziękuję bardzo wszystkim Autorkom i Autorom za przygotowanie prac, które wspierają rozwój wiedzy na temat socjoterapii, a Czytelniczki i Czytelników zachęcam do lektury.

\*

Podczas prac redakcyjnych nad tym numerem otrzymaliśmy smutną wiadomość o śmierci dr Katarzyny Sawickiej – wieloletniej, niezwykle zaangażowanej badaczki i propagatorki zastosowania socjoterapii w praktykach edukacyjnych. Jesteśmy wdzięczni, że dr Sawicka zaszczyliła nas swoimi rozważaniami nad kategorią socjoterapii i z tym większym wzruszeniem oddajemy w tym miejscu hołd Jej naukowym dokonaniom.

Z serdecznymi pozdrowieniami  
prof. UAM dr hab. Barbara Jankowiak  
redaktor naczelna „Biuletynu Socjoterapeutycznego”

# ARTYKUŁY



KATARZYNA SAWICKA

Uniwersytet Warszawski

# WOKÓŁ POJĘCIA SOCJOTERAPII

## Streszczenie

Celem artykułu jest przegląd dotychczasowych, obecnych w literaturze przedmiotu klasycznych podejść teoretycznych dotyczących kategorii socjoterapii. Autorka umieszcza socjoterapię w obszarze pomocy psychologicznej, wskazując także na kontekst pedagogiczny (zwłaszcza wychowawczy) praktyk socjoterapeutycznych. Zaznacza, że socjoterapia oprócz skutków korekcyjnych i terapeutycznych ma również głębsze znaczenie kompensacyjne. Efektem skutecznej socjoterapii jest wyposażenie dzieci i młodzieży w zasoby do samodzielnego radzenia sobie w życiu.

**Słowa kluczowe:** socjoterapia, pomoc psychologiczna, działania korekcyjne, działania kompensacyjne

## AROUND THE CONCEPT OF SOCIOOTHERAPY

### Abstract

The aim of the article is to review the classic theoretical approaches to the category of sociotherapy present in the literature on the subject. The author places sociotherapy in the area of psychological assistance, also pointing to the pedagogical (especially educational) context of sociotherapeutic practices. He emphasizes that sociotherapy, in addition to corrective and therapeutic effects, also has a deeper compensatory meaning. The effect of effective sociotherapy is to equip children and adolescents with the resources to cope with life independently.

**Keywords:** sociotherapy, psychological help, corrective actions, compensatory actions

## Wstęp

O socjoterapii pisze się (i mówi) w różnorodnych kontekstach znaczeniowych. W jednym ujęciu jest ona odpowiednikiem terapii środowiskowej, w innym – formą pomocy psychologicznej lub pedagogicznej, szczególnie opiekuńczo-wychowawczej. Pojęcie to występuje więc w obszarze psychiatrii, pedagogiki resocjalizacyjnej, pedagogiki społecznej, pomocy

społecznej i psychologicznej. Każda z tych nauk, posługując się swoją terminologią i systemem znaczeń, nadaje temu pojęciu określony zakres treściowy. W artykule przedstawione zostaną różne ujęcia socjoterapii. W szczególności nacisk zostanie położony na socjoterapię jako formę pomocy psychologicznej, zwłaszcza na znaczenie czynników ryzyka i potencjałów stanowiących składowy element budowanej teorii. W największym i najrzadziej spotykanym ujęciu psychiatrycznym socjoterapia łączy się z terminami takimi jak „terapia środowiskowa” i „społeczność terapeutyczna”. Początkowo pojęcie to odnoszone było do tworzenia społeczności chorych przebywających na leczeniu stacjonarnym, później poszerzyło znaczenie o organizację procesu rehabilitacji chorego w naturalnym środowisku społecznym. Socjoterapia przyjmuje wówczas postać organizowania różnorodnych form aktywności pacjentów tradycyjnie niespotykanych / wykorzystywanych w terapii, jak np. wykłady, gry towarzyskie, wyjście do kina, imprezy itp. Tego typu działania podejmowane są zwykle w warunkach całodobowych placówek leczniczych lub dziennych ośrodków pobytu dla osób z problemami zdrowia psychicznego. W innym ujęciu socjoterapia polega na inspirowaniu aktywności interpersonalnej, czyli na tworzeniu warunków sprzyjających podejmowaniu i podtrzymywaniu kontaktów społecznych, na włączaniu osób bliskich z otoczenia chorego w proces leczenia i przede wszystkim zdrowienia. O ile w procesie leczenia psychiatrycznego ma ona wspomagać proces farmakoterapii i psychoterapii, o tyle w drugim ujęciu – pedagogicznym, w szczególności w kontekście opiekuńczo-wychowawczym – przypisuje się ją działaniom ukierunkowanym na tworzenie zastępczego środowiska życia młodym ludziom, którym to osobom naturalne otoczenie społeczne (rodzina, grupa rówieśnicza, szkoła) nie zapewnia dostatecznych warunków rozwoju i edukacji. Organizuje się więc ośrodki socjoterapeutyczne w formie całodobowej lub okresowej opieki o charakterze terapeutycznym zapewniające kształcenie na poziomie podstawowym, średnim lub zawodowym oraz świetlice, w których młodzi ludzie mogą przebywać w czasie wolnym od zajęć szkolnych. Z kolei trzecie podejście do socjoterapii lokuje ją w obszarze pomocy psychologicznej (Sawicka, 1999). Socjoterapia nie jest tu formą ratownictwa, pomocy doraźnej, czyli natychmiastowego działania podjętego ze względu na niebezpieczeństwo i zagrożenie, ale raczej długoterminową terapią grupową ujętą w procedurę postępowania, której sposób rozumowania odwołuje się do idei pomocy psychologicznej.

## Socjoterapia w ujęciu pedagogicznym – terapia wychowawcza i wspomaganie rozwoju

W istocie rzeczy w praktyce społeczno-wychowawczej obejmującej opiekę nad dziećmi i młodzieżą najczęściej socjoterapia staje się terminem zbliżonym znaczeniowo do pojęcia terapii wychowawczej znanego w literaturze przedmiotu zwłaszcza z prac Han-Ilgiewicz (Sawicka, 1993, 2007). Polega ona wówczas na tworzeniu korzystnych warunków dla socjalizacji dzieci zaniedbanych wychowawczo i wywodzących się z rodzin z zakłóconymi relacjami. Na owe warunki składa się spontaniczna oraz ukierunkowana aktywność dzieci zgodna z ich potrzebami. Grupa rówieśnicza funkcjonuje zwykle według schematu społeczności terapeutycznej w towarzystwie „dobrego” dorosłego pozostającego z dziećmi w relacji terapeutycznej. Społecznie akceptowane wzory aktywności podejmowane przez uczestników socjoterapii oraz normy zachowania w kontaktach interpersonalnych prezentowane przez wychowawców-socjoterapeutów wobec siebie i wobec dzieci stanowią źródło zmiany korekcyjnej i wychowawczej. W tym modelu proces terapii dzieje się niemal w naturalnych warunkach społecznych, z wykorzystaniem tradycyjnych dla instytucji socjalizacyjnych środków, takich jak porządek normatywny wyrażający się jasnym zakresem praw i obowiązków, organizacją czasu wolnego, zadaniami wynikającymi z pełnionej funkcji ucznia czy kolegi / koleżanki. Socjoterapia postrzegana jest wówczas jako swoista terapia środowiskowa sprowadzająca się do organizacji otoczenia społecznego, w którym dziecko / nastolatek może przebywać przez kilka godzin dziennie (np. świetlice środowiskowe) lub które jest jego okresowym środowiskiem życia (np. młodzieżowe ośrodki socjoterapii). Z pedagogicznej perspektywy chodzi bowiem o budowanie alternatywnego, w stosunku do naturalnego, środowiska społecznego, które z jednej strony ma sprzyjać korygowaniu destruktywnych doświadczeń, z drugiej natomiast tworzyć dogodne warunki dla rozwoju i edukacji. Do realizacji celów edukacyjnych i wychowawczych wykorzystuje się z kolei głównie tradycyjne środki wpływu wychowawczego, takie jak nauka szkolna, praca intelektualna, duchowa i fizyczna, które to dysponują nie tylko walorami socjalizacyjnymi, ale także terapeutycznymi. Takie formy aktywności z jednej strony stanowią bazę internalizacji standardów społecznych i systemu wartości czy kształtowania charakteru, a z drugiej są podstawą odkrywania zdolności, zainteresowań, preferencji, uzyskiwania wiary we własne siły oraz poczucia własnej wartości. W tym modelu swoje

miejsce znajdują także zabiegi socjalizacyjne, zwłaszcza w formie porządku normatywnego wyrażającego się jasnym systemem praw i obowiązków oraz obowiązujących reguł zachowania w postaci zadań wynikających z pełnionej funkcji ucznia / uczennicy i kolegi / koleżanki, jak i w różnych formach organizacji czasu wolnego. Szczególną rolę odgrywa wychowawca, który staje się nie tylko dobrym dorosłym, ale także jest autorytetem, modelem do naśladowania, dysponentem określonego zestawu wzmocnień, organizatorem codziennego życia oraz opiekunem. Jako opiekun tworzy bezpieczne i niezbędne warunki do realizacji codziennych zadań życiowych młodego uczestnika terapii, takich jak: odrabianie lekcji, rekreacja, zabawa, kontakty towarzyskie, wyżywienie itd. Wychowawca czy opiekun przejmuje też odpowiedzialność za podopiecznych, kształtując tym samym relację asymetryczną z wychowankami. W modelu socjoterapii jako terapii wychowawczej zawierają się elementy opieki oraz aktywność wychowawcza ukierunkowana na eliminowanie niepowodzeń szkolnych oraz kształtowanie wzorów zachowania i postaw podopiecznych zgodnie ze standardami społecznymi (modele, wzorce osobowe, role społeczne) po to, by wychowanek mógł funkcjonować w społeczeństwie.

Reasumując, analiza organizacyjnych form socjoterapii, takich jak np. świetlice socjoterapeutyczne czy ośrodki całodobowej opieki, wskazuje raczej, że socjoterapię traktuje się jako wzbogacenie środowiska wychowawczego o kolejną instytucję socjalizacyjno-opiekuńczą. Proces wychowania rozumiany jako bezpośrednie oddziaływanie wychowawców na podopiecznych i działania stymulujące ich rozwój oraz korektę poprzez uczestnictwo w życiu społecznym tej instytucji stanowi o istocie socjoterapii w przedstawionym modelu. Terapeutyczne elementy tkwią szczególnie w tym, że w toku bezpośrednich kontaktów wychowawczo-terapeutycznych kładzie się zdecydowanie większy nacisk na potrzeby psychiczne i emocjonalne dziecka niż na zdobywanie wiedzy czy standardy społeczne. Warto jednak zaakcentować, że wszystkie składowe tworzonego środowiska wychowawczego mają przyczyniać się do kształtowania się takich właściwości, które są niezbędne do funkcjonowania z innymi ludźmi i osiągnięcia celów życiowych.

Socjoterapia w kontekście wychowania staje się działaniem ciągłym, nieograniczonym czasowo i jednocześnie procesem złożonym, obejmującym nie tylko różnorodne formy oddziaływania na naturalne środowisko dziecka (rodzina, kontakty społeczne), ale także interwencję lub zmianę form instytucjonalnego wychowania, jak np. szkoła, świetlica, dom kultury, internat itp. W przeciwieństwie do socjoterapii jako formy pomocy psychologicznej



leczenie odbywa się nie tylko w toku bezpośrednich kontaktów dorosłego z dzieckiem, ale też poprzez wpływ pośredni, czyli przez zmianę społecznych i ekonomicznych warunków życia (ingerencja w rodzinne i rówieśnicze środowisko lub tworzenie środowiska zastępczego).

## Socjoterapia jako forma pomocy psychologicznej

Zgodnie ze słownikowym znaczeniem pomocy zwykle udziela się jej osobom znajdującym się w trudnej sytuacji, po to, by dać im wsparcie, lub po to, by ochronić przed niebezpieczeństwem czy też uwolnić od bólu, cierpienia. Idea oraz sama procedura socjoterapii wyrasta zatem z tego samego rdzenia znaczeniowego co psychoterapia, daje to obu tym aktywnościom wspólne korzenie ze względu na cel i środki. Do pomocy psychologicznej zalicza się także trening interpersonalny i różne formy psychoedukacji głównie ze względu na psychologiczne środki, choć ich sedno sprowadza się do działania wspierającego rozwój człowieka. W istocie rzeczy wymienione wyżej formy działalności praktycznej oznaczają świadomą aktywność polegającą na operowaniu środkami psychologicznymi w celu udzielenia pomocy osobom cierpiącym psychicznie lub poszukującym własnej drogi rozwoju osobistego, społecznego lub zawodowego (Sawicka, 2004). W związku z powyższym formy pomocy są różnorodne, gdyż zależą od potrzeb ludzi jej poszukujących. Ich odmienność dotyczy szczegółowych celów oraz akcentowanych mechanizmów zmiany. Podobieństwa natomiast sprowadzić można do psychologicznych przesłanek celowego postępowania, bowiem każda z nich odwołuje się do tych właściwości, które niejako konstytuują działania pomocowe. W pomocy psychologicznej akcentuje się bezpośrednie interakcje zachodzące między osobą pomagającą a korzystającą z pomocy, jak to ma miejsce w profesjonalnym kontakcie indywidualnym (np. doradztwo psychologiczne, terapia indywidualna, interwencja kryzysowa), oraz interakcje zachodzące w grupie i między grupą a prowadzącym (np. terapia grupowa czy warsztat umiejętności psychologicznych). Ponadto znaczenie ma proces budowania kontaktu interpersonalnego / relacji interpersonalnej przebiegający w atmosferze bezpieczeństwa, wzajemnego zaufania, poczucia więzi między samymi uczestnikami oraz uczestnikami a terapeutą lub trenerem.

Innym podstawowym założeniem pomocy psychologicznej jest pojmowanie człowieka, bez względu na wiek, jako podmiotu i przedmiotu zmiany korekcyjnej, kreatywnej, leczniczej, co w istocie rzeczy oznacza, że sam

zainteresowany dokonuje zmiany w sobie, korzystając z pomocy grupy czy profesjonalisty. Źródłem doświadczeń korygujących i uczących jest bowiem własna aktywność poznawcza, emocjonalna, behawioralna uczestników terapii, psychoedukacji czy treningu interpersonalnego. Wyraża się ona w ujawnianiu i dzieleniu się z innymi swoją wiedzą, myślami, uczuciami i emocjami, wyobrażeniami, dążeniami, pragnieniami pojawiającymi się „tu i teraz”, a w psychoterapii „tam i przedtem”. Rola trenera, terapeuty polega na stwarzaniu, stymulowaniu takich sytuacji, które pomogą uczestnikom spotkań uświadomić im własne trudności i ograniczenia oraz potencjał i możliwości zmiany. Służą temu, oprócz kontaktu rozumiejącego, różnorodne techniki, takie jak: psychodrama, inscenizacje, gry psychologiczne, ćwiczenia, techniki wyobrażeniowe, relaksacyjne itp.

Wymienione właściwości wspólne dla wszystkich form pomocy psychologicznej określają wyraźnie przestrzeń, w której tego typu działania się mieszczą, i odróżniają je np. od pomocy prawnej, socjalnej czy opiekuńczej. Warto też zaznaczyć, że w przeciwieństwie do tych ostatnich pomoc psychologiczna koncentruje się na doświadczeniu osobistym człowieka oraz postawie wobec samego siebie. Analiza socjoterapii pod kątem wskazanych własności pomocy psychologicznej sytuuje ją w tym właśnie obszarze. Jest to bowiem procedura ukierunkowana na aktywne zdobywanie doświadczeń osobistych: korekcyjnych, uczących i stymulujących rozwój w toku kontaktów z terapeutą oraz z grupą terapeutyczną. Jednak mimo oczywistego podobieństwa nie jest ani psychoterapią, ani treningiem interpersonalnym czy jakąś formą psychoedukacji. Do każdej z nich co prawda nawiązuje, ale tworzy odrębną jakość, głównie dostosowaną do szeroko pojmowanych potrzeb jej młodych uczestników.

Socjoterapia w szerokim tego słowa znaczeniu przyjmuje zwykle postać leczenia w ośrodkach terapeutycznych, np. dla osób uzależnionych. Taka forma pomocy stacjonarnej sprowadza się do kilkutygodniowych pobytów w ośrodku leczniczym, który oferuje specjalistyczne programy terapeutyczne i organizuje środowisko społeczne zwykle według reguł społeczności terapeutycznej. Mogą to zatem być programy leczenia stacjonarnego ukierunkowane na problem: uzależnienia, zachowania przestępcze, porzucenie szkoły, zachowania przemocowe itp. Terapia odbywa się podczas pobytu w miejscach odizolowanych od naturalnego otoczenia, co umożliwia kontrolę faktorów środowiskowych, a uczestnik terapii staje się jej podmiotem, bowiem określa cele swojego leczenia, planuje działania, sprawdza swoje plany i realizację celów itp. Środowisko społeczne, które czasowo staje się środowiskiem życia, ma

charakter ustrukturalizowany i nastawiony na pomoc w leczeniu, realizację zadań indywidualnych i grupowych, wchodzenie w relacje z innymi. Sesje spotkaniowe wzbogacają gamę środków leczniczych, a ich przebieg określają przyjęte założenia w programie terapii. Zawsze jednak, poza autorskimi elementami, nastawione są na korygowanie obrazu samego siebie i samooceny oraz na wzrost samoświadomości. Program leczenia obejmuje nie tylko działania podczas pobytu w ośrodku, ale zwykle opiekę postterapeutyczną, co sprowadza się do monitorowania pacjenta po opuszczeniu placówki leczniczej.

Socjoterapia w węższym tego słowa znaczeniu przyjmuje postać specjalistycznej procedury pracy z grupą ukierunkowaną na realizację celów przede wszystkim terapeutycznych i psychoedukacyjnych podczas spotkań grupowych. W tym oto sensie socjoterapię postrzega się jako formę pomocy psychologicznej stacjonarnej i ambulatoryjnej, która polega na operowaniu środkami psychologicznymi w celu niesienia pomocy ludziom cierpiącym lub poszukującym drogi rozwoju osobistego i zawodowego (Sawicka, 1999). W swych założeniach grupowe spotkania socjoterapeutyczne służą korygowaniu doświadczeń trudnych emocjonalnie, sprzyjają budowaniu własnego „ja” oraz rozwojowi społecznemu i osobistemu ich młodych uczestników. Socjoterapia w paradygmacie pomocy, w przeciwieństwie do pedagogicznego jej modelu, ma charakter okresowy, a czas jej trwania określają kontrakt i potrzeby uczestników terapii. Sprowadza się też do jasno określonej procedury pracy z grupą i w grupie, co sytuuje ją w gamie procesów celowych i w zasadzie jednorodnych pod względem czynników zmiany (grupa, uczestnik terapii, terapeuta). Uczestnika / uczestniczkę terapii, bez względu na wiek, postrzega się jako osobę nieradzącą sobie ze względu na pewne właściwości, np. stanu psychicznego, które stanowią barierę w pokonywaniu codziennych albo wyjątkowych trudów życia. Pomoc polega wówczas na mobilizowaniu, aktywizowaniu do zmiany siebie po to, by radzić sobie z zastaną sytuacją lub też ją przekształcić. W centrum zainteresowania socjoterapii jest dobro jednostki, jej gotowość do kreowania siebie i do zmiany wzorców interakcji z innymi ludźmi. W istocie rzeczy praca socjoterapeutyczna w warstwie merytorycznej skupia się na interakcjach w grupie, na terapeutycznej relacji socjoterapeuta–dziecko / nastolatek potrzebujące pomocy. Podejmowane / robione / czynione jest to po to, by uczestnicy terapii zdobyli wiedzę i podstawowe umiejętności do radzenia sobie w życiu, do korzystania w razie potrzeby z różnorodnych instytucji powołanych do świadczenia pomocy, do współdziałania, współbycia z innymi i uzyskiwania od nich wsparcia w sytuacjach przerastających możliwości, do odbudowania wiary w siebie.

## Podstawowe założenia socjoterapii jako formy pomocy psychologicznej

W socjoterapii, w szerokim, jak i wąskim jej znaczeniu, ważne jest rozumienie skomplikowanych relacji młodego człowieka z samym sobą i jego jakże często skomplikowanym otoczeniem. Dostrzegając psychospołeczny kontekst egzystencji dziecka / nastolatka i jego zachowania, warto zwrócić uwagę na to, że jego uwikłanie w system rodzinny, szkolny i rówieśniczy często staje się „tu i teraz” niemożliwe do zmiany. W tej sytuacji socjoterapia ukierunkowuje się na wzmocnienie młodego człowieka w radzeniu sobie z warunkami, w których przyszło mu żyć i niejako tkwić. I nie chodzi tu o budowanie alternatywnego środowiska, lecz o wsparcie społeczne ze strony grupy terapeutycznej oraz socjoterapeuty w naturalnym dążeniu jednostki do rozwoju i radzenia sobie. W tym kontekście socjoterapia to pomoc udzielana w grupie i przez grupę z niezwykle istotną rolą socjoterapeuty jako „dobrego dorosłego”, budującego w młodym człowieku poczucie podmiotowości i mocy działania, odbarczającego na „tu i teraz” od trudnych urażających sytuacji, pomagającego w kreowaniu wiary w siebie. Temu właśnie mają służyć strukturalizowane spotkania grupowe, w których uczestnictwo ma pomóc w odkrywaniu samego siebie, swoich potencjałów, w zmianie myślenia o sobie w kontekście innych ludzi i zdarzeń oraz przeżywania siebie. Z kolei nabywane umiejętności społeczne (np. rozpoznawanie i wyrażanie emocji, współdziałanie, porozumiewanie się bez przemocy itd.) stają się instrumentami w pozyskiwaniu mocy w kierowaniu własnym życiem. Ten sposób myślenia odwołuje się do koncepcji czynników ryzyka i potencjałów, którą uznać można za składowy element budowanej teorii socjoterapii. W literaturze psychologicznej, pedagogicznej i filozoficznej można spotkać się z pojęciami sił życiowych, odporności na negatywne wpływy, potencjałów życiowych, siły woli itd. Dla jednych mają one charakter abstrakcyjny, metafizyczny lub duchowy, według innych przy ich wyjaśnianiu można odwołać się do empirii, operacjonalizacji i praktyki (por. Zaborowski, 1998, s. 175–177). Każdą z tych perspektyw potwierdzają badania nad zdolnością człowieka do przetrwania i konstruktywnej zmiany. Idea poszukiwania mocy i radzenia sobie z trudną rzeczywistością, wydarzeniami traumatycznymi lub dramatycznym losem znalazła odzwierciedlenie w koncepcjach określanych jako koncepcja zasobów i ryzyka, koncepcja odporności czy koncepcja *resilience*. Socjoterapia, czerpiąc z tych założeń, przyjmuje, że dzieci, które nauczą się wykorzystywać swoje potencjalne możliwości osobiste i społeczne, lepiej sobie

poradzą niż te, które w tym zakresie nie otrzymały pomocy. Tym samym korzystając z systemu pojęć omawianej koncepcji, zadaniem socjoterapii jest wspomóc młodego człowieka w osiąganiu przez niego sukcesów w pozytywnej adaptacji, czyli realizacji zadań rozwojowych dostosowanych do wieku oraz specyficznej sytuacji dziecka. Punktem wyjścia do oceny adaptacji społecznej są z jednej strony oczekiwania społeczne, mające odzwierciedlenie w zadaniach dla danego wieku, z drugiej zaś osiągnięcia w rozwoju osobistym oraz w stanie zdrowia psychicznego. W związku z tym o pozytywnej adaptacji świadczyć mogą zarówno sukcesy szkolne, jak i radzenie sobie z negatywnymi emocjami. Pozytywne przystosowanie, z jednej strony, to wskaźnik radzenia sobie z przeciwnościami losu, z drugiej – pozytywne zachowania to jeden z czynników odpornościowych sprzyjających wychodzeniu z niekorzystnych dla rozwoju warunków. Co więcej, pozytywne wyniki w nauce szkolnej można potraktować jako objaw pozytywnej adaptacji lub jako czynnik chroniący przed dezadaptacją oraz problemami zdrowia psychicznego i odwrotnie. Negatywne oceny szkolne to czynnik ryzyka i wyraz porażki w realizacji jednego z zadań rozwojowych. Choć zwykle przyjmuje się wskaźniki behawioralne adaptacji, to jednak nie można pominąć problemów z samym sobą typu somatycznego i intrapsychicznego. Identyfikowanie czynników ryzyka ma już wieloletnią historię i obfitą literaturę, natomiast wiedza o czynnikach chroniących i mechanizmach ich działania jest nadal dość uboga i bardziej oparta na wiedzy wynikającej z doświadczeń praktyków, profesjonalistów bądź na wiedzy w paradygmacie hermeneutyki niż na wiedzy „zimnej”, spełniającej wymagania metodologii pozytywistycznej.

Czynniki chroniące można potraktować jako zasoby człowieka do przetrwania w trudnych warunkach, do rozwiązywania problemów i tych incydentalnych, i tych chronicznych. Koncepcja zasobów w kontekście czynników ochronnych pozwala rozpatrywać wszelkie potencjały z perspektywy jednostki, a nie jej otoczenia społecznego. Wówczas pytanie: co chroni przed zagrożeniami, przekształca się w zagadnienie: jakimi możliwościami się dysponuje i w jaki sposób z nich korzystać, by pokonać trudy codziennej egzystencji i się rozwijać. Owe możliwości mogą, choć nie muszą, być lokowane w obszarze czynników ochronnych, tych związanych z osobą, relacjami oraz najbliższym otoczeniem, środowiskiem. Potencjały, na poziomie uogólnienia, wychodzą w istocie poza rejestry czynników ochronnych prezentowane w literaturze przedmiotu. Zasobami jednostki jest to wszystko, co ona posiada w sferze właściwości psychologicznych, w kręgu rówieśników i dorosłych, dóbr materialnych i instytucji w najbliższym otoczeniu. To wyposażenie człowieka

pozwalające mu budować siłę i określać swój los. Korzystając z koncepcji Grotberga, należy wymienić następujące kategorie, którym odpowiadają zasoby: „ja mam”, „ja jestem”, „ja mogę” (Grotberg, 1998, s. 36–39; 1999, s. 66–72).

„Ja mam” to baza kształtowania się zaufania do innych oraz źródło stymulacji i zachęt do aktywności, zmiany oraz poczucia pewności siebie. Zwykle zawęża się ten obszar do kontaktów z innymi ludźmi, pozytywnych wzorców, osób wspierających i rozumiejących. Chodzi tu głównie o pozytywne więzi z dorosłymi i rówieśnikami, pozytywne relacje w rodzinie, z kolegami bądź innymi życzliwymi osobami, jak wychowawca, nauczyciel, instruktor, rodzic kolegi czy sąsiadka itd. Poczucie i przekonanie o istnieniu choćby jednej przyjaznej osoby w otoczeniu, o realnej możliwości uzyskania od niej wsparcia w trudnych momentach życiowych sprzyja budowaniu własnej mocy i siły, jeśli nie do zmiany, to przynajmniej do przetrwania. Innym zasobem wspierającym są niektóre instytucje. Wchodzą w zasób osobisty jednostki wtedy, gdy znajdują się w jej najbliższym otoczeniu. Mogą to więc być szkoła o pozytywnym klimacie wychowawczym, wspólnoty religijne, ośrodki rekreacji, kluby, świetlice, różne instytucje pomocy doraźnej, interwencyjnej lub długofalowej.

W obszarze „ja mam” mieszczą się także różnorakie dobra materialne, począwszy od pieniędzy, a skończywszy na miejscu do spania, jedzenia czy odrabiania lekcji.

„Ja mogę” to kolejny czynnik / element własnej siły zawierający się w kompetencjach i umiejętnościach. „Ja mogę” coś zrobić, osiągnąć, zmienić – np. poprawić ocenę w szkole, nawiązać kontakt z pracodawcą, zrozumieć zły nastrój kolegi, kontrolować swoje negatywne emocje itd. Chodzi tu zwłaszcza o takie umiejętności psychologiczne i społeczne, które pomagają w radzeniu sobie z trudnymi warunkami życia, a są to: umiejętność kontrolowania złości, umiejętność porozumiewania się z innymi, nawiązywania kontaktu, konstruktywnego wyrażania emocji itp. Z perspektywy budowania własnej mocy ważne stają się też umiejętności motoryczne („potrafię grać w piłkę”), elementarne umiejętności życiowe oraz umiejętności zawodowe potrzebne teraz lub w przyszłości.

Świadomość „ja mam” i „ja mogę” ściśle koresponduje z kolejnym ważnym obszarem życia: „ja jestem”, który dotyczy wizerunku, poczucia własnej wartości, troski o siebie i o innych. Pozytywny obraz siebie, świadomość swoich mocnych i słabych stron to wewnętrzna dyspozycja do radzenia sobie, chroniąca przed następnymi zranieniami i bezbronnością wobec negatywnych wydarzeń życiowych.

Budowanie własnej siły opiera się więc na poszukiwaniu mocnych stron i talentów oraz innych dóbr będących w najbliższym otoczeniu, co stanowi w istocie osobiste wyposażenie człowieka. Nie stanowią one wartości same w sobie, nie są wartościami autonomicznymi, lecz stwarzają możliwości rozwoju osobistego i społecznego. Chcąc je jednak wykorzystać, trzeba przede wszystkim o nich wiedzieć, rozpoznawać swoje wewnętrzne dyspozycje oraz zewnętrzne potencjały. Spotkania socjoterapeutyczne mogą więc koncentrować się wokół takich zagadnień: co masz, jakimi zasobami dysponujesz, jakie są twoje mocne strony, co masz w sobie (kompetencje, umiejętności, zdolności) i w otoczeniu (ludzi, instytucje, dobra materialne), co z tą wiedzą możesz zrobić, jak możesz wykorzystać swoje mocne strony, co możesz na nich czy z nich zbudować, co chcesz osiągnąć i co ze swoich zasobów możesz wykorzystać.

„Ja jestem” to fragment mojego „ja” lub składowa obrazu siebie i wyraz stosunku do siebie. Z założenia socjoterapia koncentruje się na poznawaniu i doświadczaniu siebie w bezpiecznych warunkach oraz przeżywaniu siebie w sytuacjach odmiennych, innych od tych, które są znane z codziennego życia. Zgodnie z gestaltowskim podejściem w „ja” kumulują się różnorodne doświadczenia: przykre i przyjemne, dobre i złe, z ludźmi i z przyrodą, z kulturą materialną i niematerialną. Owe doświadczenia to nie tylko wydarzenia, ale także klimat i atmosfera, sceny i obrazy, myśli i uczucia, smaki i zapachy, stany biologiczne i stany ducha. Jedne są wyparte ze świadomości, inne się w niej zawierają, ale jedne i drugie są obecne w „ja”. Świadome i nieświadome elementy „ja” pozostają w ścisłym związku i mają na siebie wpływ (Petzold, 1993). Istnieje więc możliwość uczynienia świadomym tego, co nieświadome, zaś to, co świadome, może być wyparte. Doświadczenia urazowe ze względu na silny ładunek emocjonalny zwykle zostają usunięte z pola świadomości, wprowadzenie ich zatem ponownie do świadomej części „ja” staje się treścią procesu psychoterapeutycznego. Socjoterapia nie odwołuje się do tego mechanizmu zmiany, ale też go nie ignoruje, lecz akcentuje rolę budowania „ja” poprzez gromadzenie doświadczeń korekcyjnych i pozytywnych dla rozwoju oraz poprzez wspieranie „ja” świadomego. Wspieranie funkcji „ja” w socjoterapii polega na doznawaniu i gromadzeniu dobrych doświadczeń oraz ich analizie pod kątem postrzegania, odczuwania, zachowania i myślenia o sobie w relacji do zadań, innych ludzi i siebie samego (por. Sawicka, 2006). Chodzi tu przede wszystkim o doświadczenia związane z kształtowaniem się obrazu własnego „ja” i stosunku do samego siebie, a zatem o powodowanie zmian korekcyjnych i kreacyjnych w obrębie „ja” za pomocą środków psychologicznych.

Dzieci z grup ryzyka, dzieci i młodzież z zachowaniami antyspołecznymi wykazują albo zahamowanie rozwoju w obszarze obrazu siebie, albo negatywne wyobrażenie o sobie oraz niski poziom świadomości „ja osobistego”. W literaturze przedmiotu funkcjonuje termin „wyuczona niepewność siebie”, którym określa się nabywanie drogą warunkowania określonego postrzegania siebie i swojego stosunku do instytucji zwykle ważnych socjalizacyjnie, jak np. szkoła (McWhirter i in., 2005, s. 146). Stan wyuczony niepewności siebie to wynik wielu niekorzystnych doświadczeń życiowych wyrażający się brakiem pewności siebie, niespójnym, niepewnym i negatywnym obrazem siebie. Wyobrażenia o sobie mają w istocie rzeczy charakter uprzedzeń wobec siebie, innych ludzi lub świata. Obraz ten nie oddaje więc rzeczywistości, staje się wręcz jej krzywym, zniekształconym odzwierciedleniem. Młodzi ludzie często uważają, że wszystko robią źle, że nie są w stanie podołać wymaganiom stawianym przez dorosłych z tzw. konstruktywnych środowisk, że zasługują na negatywne sankcje, że nie uda im się nic zmienić na dobre, że niczego nie osiągną, że wyglądają gorzej niż koledzy, że ich wygląd jest okropny czy odrażający, że mają trudności, których nie są w stanie pokonać, że pochodzą ze środowiska zdecydowanie gorszego niż ich rówieśnicy.

Zmiana w myśleniu o sobie i przeżywaniu siebie w procesie socjoterapeutycznym nie jest zmianą nagłą, intensywną czy szybką. Jest to raczej stopniowa ewolucja polegająca na gromadzeniu wiedzy o sobie, jej przekształcaniach i ponownych sprawdzaniach (albo weryfikacjach).

Reasumując, proces kształtowania się wiedzy o sobie ma swoje początki w obserwacji własnego zachowania, własnej aktywności oraz w myśleniu o sobie (introspekcji), czyli przyglądaniu się własnym myślom, uczuciom, motywom, potrzebom, dążeniom.

Koncepcja socjoterapii zasadza się na procesie zmiany poprzez doświadczenie indywidualne (korzystając z propozycji Zaborowskiego), czyli wewnętrzne i zewnętrzne. W socjoterapii chodzi bowiem o budowanie takich sytuacji, w których uczestnictwo niesie za sobą doświadczenia korekcyjne dotyczące własnego „ja” oraz doświadczenia sprzyjające budowaniu obrazu samego siebie. Należy się więc odwoływać do uczenia się przez doświadczenie rozumianego jako zdarzenia intrapsychiczne, czyli uczucia i stany emocjonalne przeżywane podczas spotkań grupowych (np. radość czy złość na kolegów lub terapeutów itd.), oraz stosunku do siebie, czyli myśli o sobie w różnych kontekstach (w relacji do innych, do zadań i otoczenia) oraz ocen formułowanych pod swoim adresem. Owe zdarzenia intrapsychiczne mają



swoje źródło w uczestnictwie w sytuacjach grupowych zaistniałych spontanicznie lub świadomie wywoływanych przez terapeutów.

Socjoterapia koncentruje się więc przede wszystkim na zdobywaniu doświadczeń „tu i teraz”, nie w kontekście „tam i przedtem” czy „potem”. W jej procesie młody człowiek zdobywa nowe i korekcyjne doświadczenia, omawia je i przygląda się im nie po to, by zrozumieć to, co się stało i często dzieje się „tam”, lecz po to, by integrować w sobie to, co teraz się wydarza (myśli, uczucia, związki z innymi) podczas spotkań grupowych.

#### LITERATURA

- Grotberg, E. (1998). I am, I have, I can. What families worldwide taught us about resilience. *Reaching Today's Youth: The Community Circle of Caring*, 1(3).
- Grotberg, E. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. *Reaching Today's Youth*, 4(1). Pobrane z: <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb99.html>.
- McWhirter, J.J. i in. (2005). *Zagrożona młodzież*. Warszawa.
- Petzold, H. (1993). Integrative Therapie. W: H. Petzold, J. Sieper (red.), *Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Sawicka, K. (2006). Socjoterapia jako forma pracy z dziećmi i młodzieżą przejawiającymi zaburzone zachowania. W: I. Dąbrowska-Jabłońska (red.), *Terapia dzieci i młodzieży. Metody i techniki pomocy psychopedagogicznej*. Kraków.
- Sawicka, K. (2007). Terapia w resocjalizacji. W: B. Urban, J.M. Stanik (red.), *Resocjalizacja*, t. 2. Warszawa.
- Sawicka, K. (red.) (1993). *Polska myśl resocjalizacyjna. Wybór tekstów*. Warszawa.
- Sawicka, K. (red.) (1995). *Socjoterapia*. Warszawa.
- Zaborowski, Z. (1998). *Świadomość i samoświadomość człowieka*. Warszawa.



JAROSŁAW JAGIEŁA

ORCID: 0000-0001-5025-0767X

Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie

*To, co czyni się dzieciom,  
one uczynią społeczeństwem.*

Karl Menninger

## MOŻLIWOŚCI ZASTOSOWANIA ANALIZY TRANSAKCYJNEJ W SOCJOTERAPII

### Streszczenie

Artykuł stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, czy koncepcję analizy transakcyjnej (AT) da się zastosować w socjoterapii. Wykazano, że takie możliwości istnieją – jako korekcja zaburzonych wzorców adaptacji osobowości, usprawnianie komunikacji interpersonalnej, wypracowywanie optymalnych nastawień do siebie i innych uczestników tego rodzaju zajęć. Analiza transakcyjna może też przyczynić się do przeciwdziałania przemocy, agresji i manipulacji we wzajemnych relacjach oraz ujawnienia w świadomości uczestników socjoterapii scenariuszy życiowych powodujących zaburzenia zachowania. Taki program może być wdrażany przez odpowiednio przygotowaną do tego kadre socjoterapeutów.

**Słowa kluczowe:** socjoterapia, analiza transakcyjna, zastosowania, rodzaje diagnoz socjoterapeutycznych

### POSSIBILITIES OF USING TRANSACTIONAL ANALYSIS IN SOCIO THERAPY

#### Abstract

The aim of the article is to find the answer to the question whether transactional analysis (TA) can prove useful in sociotherapy. The answer is 'yes' in the following areas: the correlation of distorted patterns of personality adaptations, an opportunity to facilitate interpersonal communication, and the development of optimal attitudes towards oneself and other participants of sociotherapeutic meetings. Transactional analysis can also contribute to the prevention of violence, aggression and manipulation in interpersonal relations and to raising awareness of a life script, which result in conduct disorders. Such programmes, however, should be run only by highly specialised sociotherapists.

**Keywords:** sociotherapy, transactional analysis, usage, types of sociotherapeutic diagnoses

Celem artykułu jest wskazanie potencjalnych szans i okazji wykorzystania analizy transakcyjnej w pracy socjoterapeutycznej. Takie możliwości wykazywano już swego czasu w jednej z publikacji (Jagięła, 2014). Na wstępie warto jednak zaznaczyć, że nie chodzi tutaj o zastępowanie istniejących już i stosowanych z powodzeniem form i metod tego rodzaju działalności całkowicie nową koncepcją, ale o możliwość ich uzupełnienia użytecznymi sposobami diagnozy uczestników i realizacji samych zajęć.

Analiza transakcyjna (AT) jest jedną z koncepcji psychologicznych zapoczątkowanych w II połowie lat 60. ubiegłego wieku przez Berne'a (1910–1970) i grono jego współpracowników. Jest teorią osobowości i praktycznym sposobem osobistego rozwoju i zmiany zachowań. Opiera się na trzech fundamentalnych założeniach: wszyscy mają przyrodzoną godność i zasługują na szacunek; każdy człowiek jest zdolny do samodzielnego myślenia; ludzie sami decydują o swoim losie i wybory te mogą się zmieniać. Zapoczątkowana jako jeden z kierunków psychoterapii zyskała również szybko znaczenie w innych obszarach zastosowań: usprawnianiu działalności struktur organizacyjnych i instytucji, różnego rodzaju formach poradnictwa, coachingu oraz edukacji. Okazuje się przydatna tym wszystkim, których praca zawodowa polega na intensywnych relacjach z innymi ludźmi. Trudno tu odnotować zakres i wszystkie osiągnięcia tej dziedziny, która po pewnym okresie zapomnienia, w ostatnich latach, zyskuje coraz większe zainteresowanie. Świadczą o tym liczne publikacje oraz podejmowane badania naukowe<sup>1</sup>. Najkrócej można powiedzieć, że analiza transakcyjna jest pewnym rodzajem wiedzy i praktycznego jej wykorzystania służącym rozwojowi człowieka i jego autonomii oraz budowaniu optymalnych relacji z innymi ludźmi.

Wydaje się, że niemal wszystkie zakresy zainteresowań AT mogą okazać się przydatne w pracy socjoterapeutycznej. Niemniej jednak przedstawiono w sposób bardzo skrótowy tylko niektóre zagadnienia, którym warto poświęcić więcej uwagi oraz włączyć je do zajęć o charakterze socjoterapeutycznym. W wędrowce tej będziemy podążać przyjętymi śladami czterech rodzajów analiz transakcyjnych: analizą osobowości (treść), analizą transakcji (proces), analizą strukturalizacji czasu (teraźniejszość) oraz analizą skryptu (przeszłość). Wyszczególnimy tylko wybrane elementy warte zainteresowania jako użyteczne rodzaje diagnoz socjoterapeutycznych.

---

<sup>1</sup> Na końcu artykułu zamieszczono listę publikacji z zakresu AT w języku polskim.

## Socjoterapeutyczna diagnoza osobowości

Rozpoznawanie osobowości uczestników zajęć wydaje się niebudzącym wątpliwości warunkiem właściwego ich prowadzenia. Analiza transakcyjna dostarcza tu dwóch modeli rozumienia osobowości. Pierwszy z nich określany jako strukturalny przejawia się poprzez trzy stany „ja” (stany „ego”): 1) stan rodzica będący spójnym systemem myśli, uczuć i wynikających stąd określonych zachowań przejętych od rodziców lub osób pełniących takie funkcje (krewnych, nauczycieli, trenerów itd.); 2) stan dziecka będący utrwalonymi przejawami myśli, uczuć i zachowań pochodzących z dzieciństwa; 3) stan dorosłego odzwierciedlający nagromadzone doświadczenia i będący bezpośrednią odpowiedzią na rzeczywistość.

Jest rzeczą ważną dla zrozumienia tego modelu, że z pozycji rodzica i dziecka reagujemy przez swoje określone zachowania z przeszłości. Można powiedzieć: „odgrywamy stare historie” z naszego życia, niejednokrotnie dysfunkcjonalne, pełne nieprzepracowanych problemów i urazów. Natomiast w przypadku dorosłego odpowiadamy na otoczenie zgodnie z regułą „tu i teraz”. Obserwacje poczynione na podstawie tego modelu mogą socjoterapeutę podpowiadać istotne aspekty konkretnych zachowań uczestników zajęć, które wymagają zmiany, korekty czy kompensacji.

Drugi model nazywany funkcjonalnym w sposób bardziej szczegółowy ukazuje przejawy konkretnych zachowań poprzez wypowiedane słowa i gesty. Rodzic strukturalizujący dąży do organizacji i określa granice, bywa jednak często nadmiernie kontrolujący i apodyktyczny. Rodzic opiekuńczy wykazuje troskliwość i cierpliwość, staje się jednak trudny, gdy nadmiar dbałości o innych staje się nadopiekuńczością, wymuszoną troskliwością, która w AT bywa nazywana „przesłodzeniem” (*marshmallowing*).

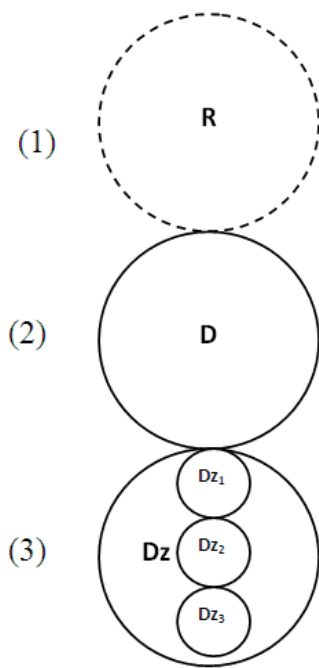
Nasuwa się w tym miejscu pewna analogia, niezwiązana wprost z problematyką osobowości, ale nieodbiegająca od niej tak bardzo i odnosząca się do stylu prowadzenia zajęć socjoterapeutycznych. Jak wiadomo, socjoterapia należy do grupy terapii o najwyższym stopniu ustrukturalizowania. Pojawia się zatem pytanie o proporcje między dążeniem ze strony terapeuty do uporządkowania i sekwencyjności samego procesu a poświęcaniem czasu na nieograniczone niczym wsparcie, samą opiekę i rozwój jej uczestników. Proporcje te w przypadku każdego socjoterapeuty będą wyglądały różnie, a czynniki osobowościowe tej osoby nie będą bez znaczenia.

Z kolei dziecko wolne (określane też czasem jako dziecko naturalne) charakteryzuje się spontanicznością, werwą i pełną ekspresji kreatywnością, niemniej jednak bywa lekkomyślne, egocentryczne i samolubne. Dziecko przystosowane, którego przejawów jakże często oczekujemy w procesie wychowania, jest skłonne do współpracy i podporządkowania. W sytuacjach nadmiaru uległości i zewnętrznej presji może okazać opór, nieposłuszeństwo, sprzeciw i bunt, przekształcając się w dziecko zbuntowane.

Fakt ten nie powinien umknąć uwadze socjoterapeuty, który wielokrotnie może obserwować tego rodzaju przejawy zachowania. Wspomniany stan dorosłego, jak się ocenia, ma tylko dobre cechy pozwalające na adekwatną i realistyczną odpowiedź na zaistniałe sytuacje, rozważę, asertywność oraz samoświadomość. Dorosłe zachowanie socjoterapeuty z całą pewnością będzie miało walor modelujący zachowania uczestników. Stan „ja” – dorosły może jednak zostać w jakiejś części zdominowany przez pozostałe struktury, tj. rodzica i dziecko, lub mogą one być wyłączone, wówczas mamy do czynienia z różnego typu tzw. patologiami strukturalnymi, które są źródłem wszelkiego rodzaju problemów psychologicznych. Dopiero zintegrowany i pozbawiony wyłączeń oraz kontaminacji pozostałych stanów dorosły stwarza możliwość optymalnego funkcjonowania.

Takiego modelu dostarcza na gruncie analizy transakcyjnej koncepcja tzw. płynnej funkcjonalności (FF – *functional fluency*) stworzona przez Temple oraz powstałe na tej bazie narzędzie (TIFF – *Temple index of functional fluency*) mogące służyć badaniu, ocenie i poprawie funkcjonowania w relacjach społecznych (Temple, 2015). Godzi się polecić ukazane w tej koncepcji rozwiązania, które mogą okazać się również bardzo przydatne w pracy socjoterapeutycznej (zob. np. Jagieła, 2017, s. 9–30).

Jeżeli przyjąć, że dominującym obszarem zainteresowania socjoterapii są zaburzenia zachowania dzieci i młodzieży, które mieszczą się we wspólnej grupie zaburzeń niszczycielskich, kontroli impulsów i zachowania (American Psychiatric Association, 2015, s. 211–218), to wskazują one na wiele kwalifikacji psychopatologicznych. Wśród nich wymienić można m.in. zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi (*attention deficit hyperactivity disorder* – ADHD), zaburzeń zachowania (*conduct disorder* – CD), okresowych zaburzeń eksplozywnych (*intermittent explosive disorder* – IED) czy zachowań buntowniczo-opozycyjnych (*oppositional defiant disorder* – ODD). Na podstawie modelu strukturalnego drugiego rzędu można stworzyć typowy schemat osobowości w przypadku tej grupy zaburzeń.



Rys. 1. Stany „ja” w przypadku zaburzeń zachowania (opracowanie własne)

Niedojrzały stan rodzica (1). Introjekty rodzicielskie nie są uwewnętrznione w wyniku opresyjnej lub pozbawionej opieki nad dzieckiem postawy rodziców lub osób sprawujących podobne funkcje (nauczyciele i wychowawcy, babcie i dziadkowie, starsze rodzeństwo itd.). Wyparte lub zaprzeczone nakaazy i zakazy prowadzą w konsekwencji do naruszania norm życia społecznego.

Kształtujący się stan dorosłego (2). Obszar zdobywania własnych konstruktywnych doświadczeń i oceny zdarzeń nie jest jeszcze w dostatecznym stopniu ukształtowany, co powoduje, że kontakt z rzeczywistością jest utrudniony, a podejmowane decyzje nie zawsze właściwe.

Aktywny stan dziecka (3). W analizie drugiego stopnia struktury osobowości  $Dz_1$ , tzw. rodzic w dziecku, wykazuje nadmierną uległość lub brak posłuszeństwa i przejawy zbuntowanych zachowań. Z kolei  $Dz_2$ , tzw. dorosły w dziecku, charakteryzuje się magicznym i nierealistycznym myśleniem, w którym mogą dominować nadmierny egocentryzm, cechy narcystyczne, poczucie swojej wyjątkowości i przekonanie, że normy i reguły tej osoby nie dotyczą. Natomiast  $Dz_3$ , tzw. dziecko w dziecku, będzie dawało o sobie znać poprzez np. nadmierną impulsywność, brak kontroli zachowań, gwałtowność, zapalczliwość itd.

Warto zwrócić uwagę na to, że każde z powyższych ustaleń może ukierunkowywać pracę socjoterapeutyczną z dziećmi i młodzieżą (ale także w jakimś zakresie również z osobami dorosłymi) w odpowiednim kierunku poprzez właściwą kompensację zaburzonych obszarów osobowości. W kontekście zagadnień związanych z osobowością wspomnijmy jedynie, że analiza transakcyjna wskazuje też na przykłady dysfunkcyjnych adaptacji osobowości (Joines, 1986, s. 152–160; Joines, 1988, s. 189–185; Ware, 1983, s. 11–19; White i White, 1974, s. 5–17). Jakkolwiek o w pełni ukształtowanej osobowości można mówić w momencie osiągnięcia pewnego progu dojrzałości, to jednak już wcześniej dadzą się zauważyć i zdiagnozować różne symptomy świadczące o tym, że rozwój osobowości nie przebiega prawidłowo. Dziecko, rodząc się w określonej rodzinie, podlega jej wpływowi i adaptuje się do zastanych w niej warunków. Jeśli okoliczności są sprzyjające, rozwój osobowości przebiega w sposób niezakłócony, w przeciwnym wypadku mamy do czynienia z pewnymi typami dysfunkcyjności, którym w procesie socjoterapeutycznym można zapobiegać, podejmując odpowiednie interwencje otwierające drogę do oddziaływań terapeutycznych (np. stosując przynależne afirmacje) lub napotykać różnego rodzaju pułapki<sup>2</sup>. W literaturze psychologicznej, psychopatologicznej i klinicznej na przestrzeni lat pojawiały się różne pojęcia z tym związane, takie jak: zaburzenia osobowości, style charakteru, nerwice charakteru, przewlekłe nerwice, niedojrzałość emocjonalna, utrwalone zmiany osobowości, a nawet w sposób ogólny opatrzone bywały wspólnym mianem, choć niezbyt trafnym określeniem, psychopatii – tak pisał o tym Kępiński (1977). Osobowość i poszczególne jej rodzaje określają równocześnie w dużym stopniu charakter oraz rodzaj interakcji, jakie mają miejsce w procesie komunikacji.

## Transakcyjne sposoby diagnozy prawidłowej i zakłóconej komunikacji

Jednostką komunikacji w analizie transakcyjnej jest transakcja składająca się z bodźca i reakcji transakcyjnej. Ma to w założeniu nawiązywać do wymiany, jaka ma miejsce w tego rodzaju sytuacjach. Ludzie porozumiewają się ze sobą za pomocą swoich stanów „ja”. Wynikają stąd istotne konsekwencje dla

---

<sup>2</sup> Więcej na temat poszczególnych adaptacji osobowości będzie można przeczytać w trzech kolejnych rozdziałach książki autora artykułu pt. *Psychopedagogika relacji. Analiza transakcyjna dla nauczycieli i wychowawców* (w druku).



zrozumienia procesu komunikacji, które od czasów Berne'a określane są jako reguły komunikacji. Informują one o prawidłowościach wzajemnych relacji, w tym niezakłóconego ich przebiegu, jak również barierach i konfliktach stąd wynikających. Ważne miejsce zajmuje tu też rozumienie procesu ukrytej komunikacji. Zaryzykowałbym twierdzenie, że brak umiejętności odczytywania tego rodzaju przekazów znacznie obniża kwalifikacje k a ż d e g o terapeuty, w tym także socjoterapeuty. Śledzenie wspomnianych prawidłowości komunikacyjnych w procesie socjoterapii dostarczyć może zarówno prowadzącym, jak i uczestnikom zajęć cennej wiedzy na temat zgodności wzajemnych relacji i powstających niejednokrotnie zaburzeń zachowania, np. w postaci wzajemnej agresji, konfliktów czy ujawniającej się przemocy.

Kolejny istotny model, którego w związku z tym nie można pominąć i którego znaczenia w kontekście ujawniających się powyższych zjawisk trudno nie docenić, to tzw. trójkąt dramatyczny Karpmana. Pełne przemocy relacje zamykają się tu bowiem w równobocznym trójkącie wzajemnie przejmowanych ról: prześladowcy, ofiary i ratownika (Karpman, 1968). Prześladowca działa w swoim własnym interesie, natomiast inni cierpią z powodu jego zachowania i presji, jaką wywiera na innych. Socjoterapeuta łatwo zauważy przyjmowanie takiej roli psychologicznej przez niektórych uczestników zajęć, gdy:

- ktoś jest zafascynowany agresją i przemocą,
- traktuje innych w sposób instrumentalny z chęcią ich wykorzystania,
- brak mu uczuć wyższego rzędu, np. współczucia, zrozumienia, empatii itd.,
- dręczy zwierzęta lub inne osoby i sprawia im jakiś rodzaj przyjemności,
- lubi dominować w grupie,
- charakteryzuje go impulsywność i brak kontroli nad zachowaniem,
- źle znosi krytykę pod swoim adresem i często wówczas reaguje złością,
- ma często zły stosunek do swoich rodziców<sup>3</sup>.

Jest rzeczą charakterystyczną, że prześladowca nie może się obyć bez swojej ofiary (ofiary), która z kolei zachowuje się tak, jakby nie była zdolna poradzić sobie z własnymi problemami, i demonstruje cierpienie z tego powodu. Przejawy przejścia takiej roli można zaobserwować wśród uczestników zajęć socjoterapeutycznych, gdy:

- jest to ktoś odróżniający się swoją innością (np. otyłością, zaniedbaniem, posiadaniem defektów fizycznych itd.),
- wykazuje nadmierną wrażliwość i nieśmiałość,

---

<sup>3</sup> Kocemba w swoich badaniach zaobserwowała, że uczniowie – sprawcy przemocy – mają negatywny stosunek do swoich matek (2009, s. 135).

- bywa ostrożny, niepewny i załękniiony,
- nie umie zaistnieć konstruktywnie wśród rówieśników,
- nie potrafi się bronić przed agresją,
- atakowany wycofuje się, płacze i ucieka,
- ma poczucie swojej niskiej wartości i brak mu wiary w swoje możliwości,
- nie umie w prawidłowy sposób ocenić sytuacji zagrożenia,
- demonstruje samotność i opuszczenie,
- nie ma przyjaciół,
- miał już wcześniej jakiś rodzaj złych relacji z dorosłymi lub rówieśnikami,
- bywa niezręczny, chory i słaby fizycznie,
- wykazuje jakieś rodzaje zaburzeń emocjonalnych, np. depresji lub dystymii,
- miewa czasem lepszy kontakt z dorosłymi lub jest obiektem nadmiernej troski, np. ze strony nadopiekuńczej matki.

Socjoterapeuta może jednak dostrzec również odmianę roli ofiary, którą określa się jako tzw. ofiarę prowokującą, a wówczas:

- drażni ona i irytuje otoczenie,
- charakteryzuje się niespokojnym zachowaniem i ma trudności w skupieniu uwagi,
- wprowadza niepokój i zamieszanie wśród rówieśników,
- nieadekwatnie reaguje na sytuację,
- wytwarza atmosferę napięcia i zagrożenia,
- wywołuje często konflikty z rówieśnikami,
- prowokuje innych swoim strojem, upodobaniami lub samym zachowaniem,
- impulsywnie reaguje lub łatwo zmienia nastroje.

W powyższe komplementarne role może wpisywać się trzecia z nieadekwatnych ról, jaką jest postawa tzw. ratownika. Jego zachowanie z kolei to przejaw chęci rozwiązywania problemów za ofiarę bez zaangażowania z jej strony. Ciągła chęć naprawiania innych daje mu złudne poczucie, że zostanie doceniony i pokochany. Zwykle chce dawać innym to, czego sam tak naprawdę pragnie lub nie otrzymał np. w dzieciństwie. Niejednokrotnie jest jednak autentycznie zaniepokojony losem ofiary i chce jej w miarę swoich możliwości pomóc. Rola ratownika może ujawniać się również ze względu na charakter wykonywanej pracy, wśród socjoterapeutów, a gdy zidentyfikują w sobie taką postawę, winni pamiętać, aby:

- starać się pomagać tylko wtedy, gdy uzyska się na to zgodę ofiary,
- mieć świadomość, że tak naprawdę nie ma osób całkowicie bezradnych,
- rozbudzać przede wszystkim siły i możliwości uczestników zajęć,

- rozkładać możliwie równomiernie zaangażowanie w rozwiązanie problemów,
- nie podejmować się niczego, czego tak naprawdę nie chce się robić,
- nie dawać nikomu pochopnych rad,
- nie ustawiać się w pozycji wyższości nad innymi,
- nie przyjmować tanich pochlebstw,
- nie pocieszać w łatwy sposób, np. „nie martw się”, „wszystko będzie dobre”, „to minie” itd.

Wszelkiego rodzaju terapeuci, ale przecież nie tylko oni, gdyż przyjmowanie roli ratownika nieobce jest też wielu innym ludziom, podejmują w związku z tym pewien rodzaj charakterystycznych gier transakcyjnych – nazywanych grami transakcyjnymi.

## Diagnoza podejmowanych gier transakcyjnych

W analizie transakcyjnej wyodrębnia się wiele tzw. form strukturalizacji czasu. Jest to nic innego jak sposób i stopień, w jaki angażujemy się w relacje z innymi w sensie psychologicznym, poczynając od tzw. wycofania (tj. wyłączenia się z relacji z innymi), różnego rodzaju społecznych rytuałów, poprzez podejmowane formy aktywności z innymi, rozrywki i zabawy, po najbardziej zaawansowane przejawy bliskości, jakimi są otwarte i bezpośrednie relacje intymności. Wśród wymienionych tu najbardziej angażujących przejawów relacji międzyludzkich wymienia się też gry transakcyjne (określane czasem w literaturze jako gry interpersonalne, międzyludzkie, psychologiczne itd.).

Czym są zatem gry uprawiane między ludźmi? Jest to seria bardzo charakterystycznych transakcji zmierzająca do tego, aby niejako „złapać w pułapkę” (najczęściej emocjonalną) partnera takiej interakcji. Gry inicjują najczęściej osoby, które z różnych względów mają poczucie, że nie są OK, mają zaniżoną samoocenę. Czynią to z reguły po to, aby poprawić swoje samopoczucie. Są mistrzami w rozpoznawaniu słabych stron innych i prowokują na samym początku sprzyjające grze okoliczności (nazywane fortelem), uderzają w ten słaby punkt, czyli łapią ofiarę na tego rodzaju haczyk. W sytuacji gdy dana osoba znajdzie się już w zastawionej na siebie matni, wówczas zmieniają się role. Dotychczasowa ofiara zmienia się nagle w prześladowcę. Osobie podanej takiej presji towarzyszy poczucie, że znalazła się w swoistej podstępnej pułapce i doświadcza konsternacji oraz zaskoczenia. Korzyści z takiej sytuacji czerpie głównie agens, bo tak nazywa się inicjatora tego rodzaju zakłamanych

interakcji międzyludzkich, które będąc czasem bardzo intensywnymi relacjami psychologicznymi, tak naprawdę oddalają ludzi od siebie i psują wzajemne stosunki, stanowiąc jednocześnie istotną barierę zakłócającą prawidłowy proces komunikacji. Z tego choćby powodu warto je poznać i starać się je rozumieć.

Jednym z takich czynników pozwalających zrozumieć przyczyny i charakter podejmowanych gier transakcyjnych są tzw. pozycje życiowe, czyli stosunek, jaki ludzie mają do siebie i innych osób. Wyróżnia się tu cztery najbardziej charakterystyczne postawy życiowe i zachowania stąd wynikające.

Tabela 1. Pozycje życiowe i towarzyszące im typowe zachowania

	Ja jestem OK	Ja nie jestem OK
Ty jesteś OK	ASERTYWNOŚĆ Postępowanie łagodne, stanowcze i bez lęku	ULEGŁOŚĆ Podporządkowywanie się woli innych
Ty nie jesteś OK	AGRESJA Powodowanie szkody wobec siebie lub innych	MANIPULACJA Nieuprawnione wywieranie wpływu na innych

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z powyższej tabeli, tylko pozycje „Ja jestem OK” i „Ty jesteś OK” to postawy nieprzyczyniające się do podejmowania gier transakcyjnych oraz zapewniające przed nimi obronę. Są to również pozycje, które warto kształtować u uczestników zajęć socjoterapeutycznych.

Powracając jednak do problematyki samych gier transakcyjnych, trzeba tu odnotować fakt, że ujawniają się one również wśród dzieci i młodzieży oraz w środowisku szkolnym (Ernst, 1987; Jagieła, 2004, 2005). Pierwowzorem wszystkich gier zaczynających się ujawniać już w najmłodszym wieku jest gra typu: „Moje lepsze niż twoje” (Berne, 1987).

W bogactwie różnorodnych gier transakcyjnych, które wyróżnili Berne i jego następcy, pojawia się grupa, którą określa się jako gry ratownicze związane ze wspomnianą rolą ratownika (Suchańska, 1993). Ten rodzaj nieświadomych często rozgrywek nie może umknąć także uwadze samych socjoterapeutów. Zaryzykowałbym kolejne twierdzenie, że *z a d e n* terapeuta (ale także pracownik socjalny, lekarz, duchowny itd.), bez względu na rodzaj udzielanej pomocy, nie może w sposób efektywny wykonywać powierzonych

mu zadań, gdy nie umie rozpoznać różnego rodzaju psychologicznych pułapek, które pojawiają się w wykonywanej przez niego pracy. Stanowi to istotny element jego kwalifikacji zawodowych. Nie tylko to ma tu znaczenie. Kolejnym jest rozpoznawanie programu życiowego, według jakiego kształtuje się zachowanie wielu ludzi.

## Scenariusz życia i jego diagnoza

Dochodzimy w ten sposób do ostatniego obszaru diagnoz AT, który może mieć znaczenie w prowadzeniu grup socjoterapeutycznych. Jest to bez wątpienia najbardziej interesujący, ale jednocześnie, rzecz by można, najbardziej czysto psychoterapeutyczny obszar zainteresowań wspomnianej koncepcji, dlatego nie poświęcimy mu zbyt dużo miejsca. Powiedzmy jedynie, że jest to nieświadomy plan życiowy jednostek określane mianem skryptu (*life-script*) i odnoszony czasem do szerszych grup ludzi, np. rodzin, organizacji społecznych, a nawet określonej kultury czy narodów. W swej istocie przypomina scenariusz sztuki teatralnej lub filmu. Wyznacza on jej uczestnikom, a także innym osobom charakterystyczne role psychologiczne do odegrania w trójkącie dramatycznym. Oparty jest na wczesnodziecięcych decyzjach i iluzjach co do sposobów przetrwania i adaptacji do warunków życia. Kształtowany i wzmacniany bywa w znacznej mierze przez rodziców, inne znaczące osoby i okoliczności. Jest rzeczą typową, że ujawnia się szczególnie wyraźnie w sytuacjach postrzeganych przez daną osobę jako momenty stresujące, a także wtedy, gdy istnieje prawdopodobieństwo, że aktualna sytuacja przypomina urazowe zdarzenia mające miejsce w dzieciństwie. Uczestnicy zajęć socjoterapeutycznych jakże często powodowani bywają tego rodzaju nieświadomym programem ich własnego życia, co w bardzo powierzchownym oglądzie może sprawiać wrażenie tylko określonych zaburzeń zachowania i niczego więcej, bez wnikania w tło i podłoże takich zachowań. Praca nad skrypcem jednostki i przeformułowanie jej destrukcyjnego niejednokrotnie wpływu wymagałyby ze strony socjoterapeuty dodatkowych umiejętności i kwalifikacji. Ich osiągnięcie stwarza przyjęty w tej koncepcji system szkoleń. Szkolenia te opatrzone są terminami „101 AT” (wstępne) oraz „202 AT” (bardziej zaawansowane). Istnieje również międzynarodowy system certyfikacji uprawnień w zakresie psychoterapii, poradnictwa, podnoszenia sprawności organizacji i instytucji, edukacji oraz praw do prowadzenia superwizji z tego zakresu. Taką szansę daje Polskie

Towarzystwo Analizy Transakcyjnej. Warto również, aby socjoterapeuci zapoznali się z istniejącymi już możliwościami wykorzystywania AT w pracy z dziećmi i młodzieżą.

## Przykłady wykorzystania analizy transakcyjnej w pracy z dziećmi i młodzieżą

Niewiele jest publikacji polskich poświęconych zastosowaniom AT w przypadku tej właśnie grupy wiekowej. Na naszym rynku wydawniczym można znaleźć zaledwie jedną pozycję utrzymaną w konwencji analizy transakcyjnej i adresowaną w sposób jednoznaczny do uczniów starszych klas szkoły podstawowej. W przedmowie czytamy: „Odnoszę jednak wrażenie, że *Analiza transakcyjna dla dzieci*<sup>4</sup> spełnia funkcję, jakiej nie spełniają inne materiały, przez to, że przemawia w sposób bezpośredni, prosty i zrozumiały do młodych ludzi w wieku 9–13 lat (w przybliżeniu uczniów klas od trzeciej do siódmej). Adresuję tę książkę do wszystkich młodych ludzi, bez względu na wiek, którzy czują potrzebę stania się wystarczająco nieustępliwymi, aby radzić sobie z trudami życia, i wystarczająco elastycznymi, aby cieszyć się spełnianiem w dzieciństwie. Jestem przekonany, że takie spełnianie się jest istotne w procesie przeżywania zdrowego, pełnego radości życia” (Freed i Freed, 1993, s. 6).

Jednym z nielicznych przykładów zastosowań AT w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym i młodszo szkolnym w polskich szkołach jest projekt realizowany w ostatnich latach: Uniwersytet Małego Profesora (Pierzchała, 2019, s. 15–19). Jego naczelnym celem jest wspieranie rozwoju kompetencji społecznych młodszych dzieci w zakresie umiejętności komunikacji, rozpoznawania własnych uczuć i emocji oraz uczuć i emocji innych ludzi (empatia), budowania pozytywnego obrazu siebie, przeciwdziałania ujawniającym się strategiom pasywności w rozumieniu AT, a także umiejętności rozwiązywania problemów. Na zajęciach uczestnicy mają okazję brać udział w różnego rodzaju formach aktywności, w których poprzez zabawę, dyskusję, doświadczanie poznają sposoby efektywnego rozpoznawania i wyrażania swoich uczuć i pragnień, uczą się skutecznie porozumiewać z innymi oraz rozwiązywać sytuacje problemowe<sup>5</sup>. Zajęcia prowadzone są pod patronatem Zespołu Badawczego Edukacyjnej Analizy Transakcyjnej UJD w Częstochowie.

<sup>4</sup> Tak brzmi oryginalny tytuł książki.

<sup>5</sup> Zob. <https://eat.ujd.edu.pl/ump/> [dostęp: 5.09.2022].

Pewne próby w zakresie zastosowań analizy transakcyjnej w samej socjoterapii sygnalizowano swego czasu na jednej z konferencji poświęconych tym zagadnieniom<sup>6</sup> w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Jaworzu (koło Bielska-Białej), jednak ich charakter i zakres jest trudny do oceny. Być może istnieją również inne przykłady podobnych zastosowań godnych, choć niełatwych, odnotowania.

W literaturze zagranicznej odnaleźć można wiele publikacji dotyczących różnorodnych sposobów wykorzystywania tej koncepcji w pracy z dziećmi i młodzieżą lub możliwości podnoszenia w ten sposób kompetencji osób prowadzących tego rodzaju zajęcia. Próby w tym zakresie podejmowane były od początku pojawienia się analizy transakcyjnej jako nowego kierunku terapeutycznego. I tak Kalifornijski Urząd ds. Młodzieży zainicjował projekt zmierzający do weryfikacji skuteczności AT w odniesieniu do młodzieży popadającej w konflikt z prawem (tzw. procedura B Mod.). Projektem badawczym Youth Center kierował przez kolejne cztery lata psycholog Carl F. Jesness (McCormick, 1973, s. 10–14).

Dążenie do modyfikacji samych zachowań w połączeniu z analizą transakcyjną okazało się skuteczną metodą skierowaną do dorastającej młodzieży będącej sprawcami różnego rodzaju przestępstw. Podobną do powyższej próbę modyfikacji zachowań z zastosowaniem AT podjęto w jednym z gimnazjów w Wisconsin (Santsaver, 1975, s. 137–138). Projekt adresowany był również do uczniów wykazujących różnego rodzaju zaburzenia opozycyjno-buntownicze lub zaburzenia zachowania. W tym wypadku weryfikacja badawcza potwierdziła korzystne zmiany zachowań.

Jeszcze innym pomysłem byłoby przeprowadzenie kursu edukacji temporalnej opartego na programie GEM (Goal-Setting, Experiential, Motivational Program for High School Students), który jest intensywnym i krótkotrwałym kursem analizy transakcyjnej adresowanym do uczniów szkół średnich, mającym na celu podniesienie poziomu motywacji, frekwencji, autonomii i dyscypliny (Smith, 1981).

Interesujące rezultaty nad tworzącym się dopiero dziecięcym skryptyem uzyskano w pracy terapeutycznej z wykorzystaniem zabawy w piaskownicy (Chiesa, 2012, s. 285–293). Metoda, którą zaproponowała Chiesa, stała się narzędziem zrozumienia tych fantazji i doświadczeń, które dziecko nie zawsze może wyrazić za pomocą słów. Dzięki zabawie na piasku dzieci zyskują

---

<sup>6</sup> Konferencja pt. *Socjoterapia jako forma wspierania rozwoju dzieci i młodzieży* na Wydziale Etnologii i Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Śląskiego w Cieszynie, 10.04.2014 r.

umiejętność obserwowania i przekształcania pewnych aspektów ich emocjonalnego świata, myśli i wspomnień. Terapeuta w czasie zabawy oraz w wyniku powstających relacji z dzieckiem może skupić się na kluczowych kwestiach związanych ze skrytem i z wnioskami odnośnie do wykształconych sposobów przetrwania. W ten sposób poprzez proces wzajemnej komunikacji może dotrzeć do wewnętrznego świata dziecka i mieć wpływ na jego kształt.

Nie wszystkie jednak działania w tym zakresie okazują się udane i przynoszą spodziewane efekty. Dla przykładu, w zakresie zaburzeń zachowania dzieci i młodzieży podejmowane są próby ich systematyzacji i budowania modelu poszczególnych społecznych transakcji w rozwoju jednostki (Hillenbrand, 2007, s. 172). Niemniej jednak stały się one dalekie od początkowych oczekiwań. Złożoność samego zjawiska nie pozwala na ujęcia całościowe, które mogłyby zadowolić zarówno teoretyków, jak i praktyków terapii oraz pracy wychowawczej z tą specyficzną grupą dzieci. Być może następne lata przyniosą postęp w tej dziedzinie.

## Wnioski

W niniejszym artykule naszkicowano zaledwie skrótowo niektóre z możliwości zastosowań analizy transakcyjnej w pracy socjoterapeutycznej. Każde zagadnienie wymagałoby szerszego i bardziej udokumentowanego odniesienia się do istniejących tutaj potencjalnych opcji i szans wykorzystania. Miejmy nadzieję, że takie opracowanie w formie monografii kiedyś powstanie.

Skoro brak wystarczająco licznych przykładów wdrażania analizy transakcyjnej do zajęć socjoterapeutycznych, to zachęta do podejmowania podobnych prób wydaje się równie zasadna, podobnie jak pomysł opracowania serii scenariuszy zajęć wykorzystujących tę koncepcję i adresowanych do zróżnicowanej wiekowo grupy odbiorców. Zestaw wspomnianych ćwiczeń mógłby służyć korekcji zaburzonych wzorców zachowań poprzez odniesienia do nieprawidłowych adaptacji osobowości, usprawnianiu komunikacji w grupie, wypracowywaniu optymalnych postaw w stosunku do siebie i do innych, przeciwdziałaniu różnych form przemocy, agresji i manipulacji oraz zwiększeniu świadomości istnienia scenariuszy życiowych przyczyniających się do powstawania zaburzeń zachowania. Jest rzeczą oczywistą, że taki program może zostać wdrożony tylko przez odpowiednio przygotowaną kadrę socjoterapeutów, którzy z założeniami analizy transakcyjnej zapoznają się już w trakcie wspomnianych kursów z tego zakresu. Pomocne może się okazać też



wstępne zapoznanie się z dostępną literaturą z zakresu AT w języku polskim, której to wykaz umieszczono na końcu.

#### LITERATURA

- American Psychiatric Association (2015). *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*. Desk Reference. Wrocław: EDRA, Urban & Partner.
- Berne, E. (1987). *W co grają ludzie? Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Chiesa, C. (2012). Scripts in the Sand: Sandplay in Transactional Analysis Psychotherapy with Children. *Transactional Analysis Journal*, 42(2), 285–293.
- Ernst, K. (1991). *Szkolne gry uczniów. Jak sobie z nimi radzić*. Warszawa: WSiP.
- Freed, A., Freed, M. (1993). *Być przyjacielem i mieć przyjaciół. Skuteczne techniki wyrabiania własnej wartości*. Warszawa: WSiP.
- Hillenbrand, C. (2007). *Pedagogika zaburzeń zachowania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jagiela, J. (2004). *Gry psychologiczne w szkole*. Kielce: Oficyna Wydawnicza Nauczycieli.
- Jagiela, J. (2005). Nauczyciele i rodzice, czyli gracze i przegrani. *Psychologia w Szkole*, 4, 29–38.
- Jagiela, J. (2014). Czy analiza transakcyjna może być przydatna w socjoterapii? W: A. Szczurek-Boruta, B. Chojecka-Synaszko, J. Suchodolska (red.), *Człowiek w przestrzeni lokalnej – dobre praktyki wspierania rozwoju, aktywizacji i integracji społecznej. Konteksty teoretyczne i społeczno-polityczne* (s. 225–235). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Karpman, S. (1968). Fairy tales and script drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 26(7), 39–43.
- Kępiński, A. (1977). *Psychopatie*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich.
- Kocemba, I. (2009). Ci, którzy dręczą innych. *Psychologia w Szkole*, 1.
- McCormick, P. (1973). TA and Behavior Modification: A Comparison Study. *Transactional Analysis Journal*, 3(1), 10–14.
- Pierzchała, A. (2019). Developing social skills of pre-school and early-school children on the basis of transactional analysis assumptions. The characteristics of the Little Professor University programme. *Edukacyjna Analiza Transakcyjna*, 8, 15–29.
- Santsaver, H.E. (1975). Behavior Modification Paired with TA. *Transactional Analysis Journal*, 5(2), 137–138.
- Smith, R.J.C. (1981). GEM. A Goal-setting, Experiential, Motivational Program for High School Students. *Transactional Analysis Journal*, 11(3), 256–259.
- Suchańska, A. (1993). Trójkąt dramatyczny i gry ratownicze. W: J. Santorski (red.), *ABC psychologicznej pomocy* (s. 71–84). Warszawa: Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza.
- Temple, S. (2015). Celebrating Functional Fluency and Its Contribution to Transactional Analysis Theory. *Transactional Analysis Journal*, 45(1), 10–22.

## LITERATURA Z ZAKRESU ANALIZY TRANSAKCYJNEJ

**Autorzy zagraniczni**

- Berne, E. (1987). *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich*, tłum. P. Izdebski. Warszawa: PWN.
- Berne, E. (1994). *Seks i kochanie*, tłum. J. Mikos. Warszawa: Wydawnictwo Książka i Wiedza.
- Berne, E. (1998, 2008). *Dzień dobry... i co dalej. Psychologia ludzkiego przeznaczenia*, tłum. M. Karpiński. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Ernst, K. (1991). *Szkolne gry uczniów. Jak sobie z nimi radzić*, tłum. J. Troczyński. Warszawa: WSiP.
- Freed, A., Freed, M. (1993). *Być przyjacielem i mieć przyjaciół*. Warszawa: WSiP.
- Harris, T.A. (1979, 1987). *W zgodzie z tobą i z sobą. Praktyczny przewodnik po analizie transakcyjnej*, tłum. E. Knoll. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX (obecna wersja: *Ja jestem OK – Ty jesteś OK*, tłum. E. Knoll, Poznań: Dom Wydawniczy REBIS – 2009).
- Hay, J. (2010). *Analiza transakcyjna dla trenerów*, tłum. E. Wójcik. Kraków: Grupa Doradczo-Szkoleniowa TRANSMISJA.
- James, M., Jongeward, D. (1994). *Narodzić się, by wygrać. Analiza transakcyjna na co dzień*, tłum. A. Suchańska. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Joines, V. (1986). Using Redecision Therapy with Different Personality Adaptations. *Transactional Analysis Journal*, 6(3), 152–160.
- Joines, V. (1988). Diagnosis and Treatment Planning Using a Transactional Analysis Framework. *Transactional Analysis Journal*, 18(3), 189–185.
- Paul-Cavallier, F.J. (2002). *Wizualizacja. Od obrazu do działania*, tłum. A. Suchańska. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Rogoll, R. (1989, 2013). *Aby być sobą. Wprowadzenie do analizy transakcyjnej*, tłum. A. Tomkiewicz. Warszawa: PWN.
- Stewart, I., Jones, V. (2016). *Analiza transakcyjna dzisiaj. Nowe wprowadzenie*, tłum. zbiorowe. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Ware, P. (1983). Personality Adaptations (Doors to Therapy). *Transactional Analysis Journal*, 13(1), 11–19.
- White, J.D., White, T. (1974). TA Psychohistory: Adapting, Scripting, and Cultural Scripting. *Transactional Analysis Journal*, 4(3), 5–17.

**Autorzy polscy**

- Gębuś, D., Pierzchała, A. (2016). *Twórczy nauczyciele, pomysłowi uczniowie. Osobowościowe korelaty kreatywności nauczycieli w perspektywie analizy transakcyjnej*. Częstochowa: Wydawnictwo AJD.
- Jagiela, J. (1992). *Wstęp do analizy transakcyjnej. Przewodnik dla studentów pedagogiki społecznej*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Jagiela, J. (2004). *Gry psychologiczne w szkole*. Kielce: Oficyna Wydawnicza Nauczycieli.
- Jagiela, J. (2007). *Narcystyczna szkoła. O psychologicznej rzeczywistości szkoły*. Kraków: Wydawnictwo RUBIKON.

- Jagięła, J. (2012a). *Edukacyjna analiza transakcyjna w kilku odśtonach*. Częstochowa: Wydawnictwo AJD.
- Jagięła, J. (2012b). *Słownik analizy transakcyjnej*. Częstochowa: Wydawnictwo AJD.
- Jagięła, J. (2017). Znaczenie dla edukacyjnej analizy transakcyjnej modelu płynności funkcjonalnej (FF – functional fluency) Susannah Temple dla rozwoju osobistego i zawodowego nauczycieli. *Edukacyjna Analiza Transakcyjna*, 6, 9–30.
- Jagięła, J. (2018). *Edukacyjna analiza transakcyjna na tle innych orientacji psychopedagogicznych*. Częstochowa: Wydawnictwo AJD.
- Jagięła, J. (w druku). *Psychopedagogika relacji. Analiza transakcyjna dla nauczycieli i wychowawców*.
- Jagięła, J., Sarnat-Ciastko, A. (2015). *Dlaczego analiza transakcyjna? Rozmowy o zastosowaniu analizy transakcyjnej w pracy nauczyciela i wychowawcy*. Częstochowa: Wydawnictwo AJD.
- Jagięła, J. (red.) (1997). *Analiza transakcyjna w teorii i praktyce pedagogicznej*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Jagięła, J. (red.) (2011). *Analiza transakcyjna w edukacji*. Częstochowa: Wydawnictwo AJD.
- Koszevska, K. (2000). Analiza transakcyjna w pracy wychowawcy. W: M. Pomianowska (red.), *Poradnik wychowawcy*. Warszawa: Wydawnictwo Raabe.
- Łęski, Z. (2016). *Duch w maszynie... Kim jest dla nas komputer? Charakterystyka relacji w języku analizy transakcyjnej*. Częstochowa: Wydawnictwo AJD.
- Pankowska, D. (2010). *Nauczyciel w perspektywie analizy transakcyjnej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Pierzchała, A. (2013). *Pasywność w szkole. Diagnoza zjawiska z punktu widzenia analizy transakcyjnej*. Częstochowa: Wydawnictwo AJD.
- Sarnat-Ciastko, A. (2017). *Relacje tutorskie w polskiej szkole w ujęciu analizy transakcyjnej*. Kraków: Wydawnictwo Libron.
- Sękowski, M., Szymanowska, E. (2000). *Analiza transakcyjna w biznesie*. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu.

### **Czasopismo**

*Edukacyjna Analiza Transakcyjna* – pismo Zespołu Badawczego Edukacyjnej Analizy Transakcyjnej, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy w Częstochowie, [www.eat.ujd.edu.pl](http://www.eat.ujd.edu.pl).



MACIEJ WILK

Krakowskie Centrum Psychodynamiczne

## CZTERY OBLICZA SOCJOTERAPII

### Streszczenie

Socjoterapia jest formą grupowej pracy z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi, która najczęściej lokalizowana jest w obszarze szeroko pojętej pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Przegląd literatury wskazuje na istnienie różnych sposobów wykorzystania grupowych form pracy, nie tylko z dziećmi i młodzieżą zagrożonymi patologią społeczną, wykluczeniem społecznym, ale także z osobami dorosłymi. Socjoterapia ujmowana jest wówczas jako element wspierający procesy leczenia psychiatrycznego, pracę resocjalizacyjną czy nawet szeroko zakrojone kampanie społeczne. W artykule wskazano na możliwość szerokiego spojrzenia na współczesną socjoterapię, sugerując różnorodne możliwości jej zastosowania.

**Słowa kluczowe:** dzieci, leczenie, młodzież, pomoc psychologiczna, resocjalizacja, socjoterapia

### THE FOUR FACES OF SOCIOOTHERAPY

#### Abstract

Sociotherapy is a form of group work with children, adolescents and adults, which is most often located in the field of broadly understood psychological and pedagogical help. The literature review shows that there are various ways of using group forms of work, not only with children and adolescents at risk of social pathology, social exclusion, but also with adults. Sociotherapy is then understood as an element supporting the processes of psychiatric treatment, resocialization work or even wide-ranging social campaigns. The article indicates the possibility of a broad look at contemporary sociotherapy, suggesting various possibilities of its application.

**Keywords:** adolescents, children, psychological help, resocialization, sociotherapy, treatment

## Wstęp

W literaturze przedmiotu istnieje wiele różnych definicji socjoterapii, ale to aspekt grupowy tej formy pracy z ludźmi jest cechą wspólną tych definicji. Pozostałe kryteria określające socjoterapię, takie jak jej zadania i funkcje, cele czy czynniki pomocowe, nie są już w tak jednoznaczny sposób definiowane.

Trudno się temu dziwić, ponieważ socjoterapia realizowana jest w różnych instytucjach, placówkach pomocy i wsparcia, takich jak ośrodki socjoterapii, ośrodki szkolno-wychowawcze, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, świetlice socjoterapeutyczne, szpitale psychiatryczne, ośrodki resocjalizacyjne, więzienia. Dodatkowo zajęcia socjoterapeutyczne adresowane są do różnych grup wiekowych, co w sumie wpływa na znaczące różnice w definiowaniu wspomnianych wyżej kryteriów, z wyłączeniem kryterium grupowego, ponieważ nikt nie definiuje socjoterapii jako pracy w kontakcie indywidualnym.

W Polsce socjoterapia najczęściej definiowana jest jako grupowa forma pomocy psychopedagogicznej dla dzieci i młodzieży z grup ryzyka, często przejawiających zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym (Jankowiak i Soroko, 2013, s. 33–40). Powyższa ogólna definicja jest na tyle pojemna, że socjoterapię można rozumieć jako grupową pracę z dziećmi i młodzieżą zawierającą elementy psychoedukacji, psychoprofilaktyki, a także psychoterapii (John-Borys, 2005, s. 348). Tak szeroka perspektywa rozumienia tego, czym zajmuje się socjoterapia, powoduje od lat 80. XX w. w zasadzie do dziś stały dyskurs w środowiskach socjoterapeutycznych, stale szukających swojej tożsamości, miejsca socjoterapii pomiędzy psychoterapią a psychoedukacją.

Śledząc rozwój teorii i praktyki socjoterapeutycznej w Polsce, można zauważyć, że istnieje zasadnicza zależność w zakresie definiowania socjoterapii, jej celów i zadań oraz czynników pomocowych, uwzględniająca środowisko, z jakiego wywodzą się tworzący te definicje socjoterapeuci. Socjoterapia w naszym kraju rozwijała się głównie w dwóch środowiskach: trenerów psychologicznych oraz psychoterapeutów (por. Sawicka, red., 1999, s. 7). Trenerzy rozwijali socjoterapię, prowadząc zajęcia dla dzieci i młodzieży wykazujących problemy adaptacyjne, będących w kryzysie rozwojowym, nieradzących sobie z zadaniami społecznymi, emocjonalnymi i psychologicznymi, jakie stawiał przed nimi ich wiek rozwojowy. Charakterystyka pracy socjoterapeutycznej była więc zbliżona do psychoedukacji, czasem psychoprofilaktyki, często również do promowania zdrowego stylu życia, edukacji normatywnej, uczenia organizacji czasu wolnego, asertywności, słowem – do wielu aktywności wspierających umiejętności psychospołeczne dzieci i młodzieży (*Programy rekomendowane*, 2022).

Psychoterapeuci traktowali socjoterapię jako siostrzaną wersję psychoterapii, jednak głównie skierowaną do dzieci i młodzieży, szczególnie wykazujących problemy emocjonalne i psychologiczne, często również zagrożonych wykluczeniem społecznym, również do osób z patologicznie funkcjonujących środowisk, choćby rodzin alkoholowych (Robinson i Rhoden, 2017, s. 208–210). Socjoterapia była zatem formą pracy nieco bardziej terapeutycznej,

nastawionej na zmianę niż, jak miało to miejsce w środowiskach trenerskich, na poszerzanie umiejętności.

Opisany pokrótce podział skutkował wyraźnymi różnicami w definiowaniu celów, zadań oraz funkcji socjoterapii. Środowiska trenerskie definiowały cele i zadania socjoterapii głównie w zakresie edukacji, profilaktyki, rozwoju, natomiast środowiska terapeutyczne częściej podkreślały, że funkcje socjoterapii zawierają się w zakresie korekcji zachowania rozumianej jako terapeutyczne oddziaływanie socjoterapeutycznych zajęć na ich uczestników.

Dzisiaj również nie sposób uniknąć dylematu, czy socjoterapia bardziej wspiera w rozwoju uczestników grupowych zajęć, czy może bardziej leczy i koryguje ich problemy (por. Kolar i Bojanin, 1998, s. 297–308; Norton, 2002, s. 159–173; Jankowiak i Soroko, 2019, s. 10–27). Kwerenda literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, że podmiot socjoterapeutycznych działań, miejsce ich realizacji, założenia, cele i oczekiwane efekty znacząco wpływają na definicję socjoterapii, jej celów, zadań i funkcji.

Część teoretyków i praktyków socjoterapii sugeruje, że zależności pomiędzy socjoterapią, psychoterapią, profilaktyką czy psychoedukacją dają możliwość integracji tych różnych zakresów pracy, co może mieć szczególne znaczenie w przypadku pracy z dziećmi i młodzieżą (Norton, 2002, s. 159–173). Z drugiej strony istnieje wśród socjoterapeutów potrzeba, aby dookreślić definicję, cechy i zakres działania socjoterapii, co niewątpliwie mogłoby być pomocne w budowaniu tożsamości socjoterapeuty. Zastanawiające jest więc to, że na przestrzeni wielu lat realizacji socjoterapeutycznych zajęć powyższy dylemat nadal jest żywy, zajmując kolejne rzesze socjoterapeutów, stając się powodem tożsamościowych dylematów. Nie jest wykluczone, że jest to dylemat, którego nie da się rozstrzygnąć. Być może socjoterapeuci są na niego skazani lub w ogóle nie powinni się na nim koncentrować. Możliwe, że dotychczasowe poszukiwania tożsamości socjoterapeutów odbywały się w takim kierunku, przy takich założeniach, które nie gwarantowały sukcesu.

Być może wcale nie jest konieczne szukanie jednej jedynej definicji socjoterapii, jej celów, zadań i funkcji, przez co uzyskano by poczucie ugruntowanej tożsamości socjoterapeuty.

Propozycja spojrzenia na socjoterapię pod kątem realizacji zajęć w określonym miejscu, z określoną grupą osób, w określonym wieku oraz o określonej problematyce, gdzie instytucja i osoby tam trafiające definiują cele, zadania i funkcje socjoterapii, może pozwolić uniknąć stałego zastanawiania się, kim rzeczywiście jest socjoterapeuta i jakie są jego zadania w pracy z określoną grupą ludzi. Można założyć, że miejsce realizacji socjoterapeutycznych zajęć

wpływa na skład grupy, dobór uczestników zajęć, na ich problematykę, a co za tym idzie – określa potrzeby, cele, zadania do realizacji, jak również formę pracy, czyli jej metody i techniki (Smith i Fromm, 1982, s. 433–448). Uwzględnienie specyfiki grupy, jej wieku, prezentowanych trudności i problemów, opracowanie przemyślanej i celowanej do konkretnej grupy propozycji pracy pozwala maksymalnie osiągnąć założone cele (Smith i Whittington, 1971, s. 203). Podążając za założeniem różnicowania propozycji pracy w stosunku do charakterystyki grupy, instytucji itd., można z powodzeniem założyć, że socjoterapeutyczne zajęcia w różnych instytucjach, a także w stosunku do różnych grup osób (nie tylko z uwzględnieniem różnic wiekowych uczestników zajęć) będą mogły się od siebie różnić. Jednak za każdym razem będą to zajęcia socjoterapeutyczne, choć może realizowane z wykorzystaniem innych metod oraz technik pracy i z pozoru dość odległe od siebie.

W literaturze przedmiotu socjoterapia umiejscowiona jest w czterech obszarach pracy z ludźmi, nastawionych na szeroko rozumianą pomoc i wsparcie, w których socjoterapia znajdowała i nadal znajduje zastosowanie. W każdym z nich uwypuklają się inne funkcje socjoterapii jako istotne i konieczne elementy pracy z grupami osób.

## **Socjoterapia jako wsparcie dla procesu leczenia psychiatrycznego**

Socjoterapia funkcjonuje jako wsparcie leczenia psychiatrycznego realizowanego na psychiatrycznych oddziałach stacjonarnych i dziennych, dziecięcych, młodzieżowych i dla dorosłych. Socjoterapia w formie grupowych spotkań często ma w tym wypadku formę przypominającą społeczność terapeutyczną (Kaplan i Sadock, 1995, s. 244). W tym zakresie pracy z ludźmi staje się metodą wspierania leczenia psychiatrycznego, terapii pacjentów poprzez wykorzystywanie wielu interakcji między pacjentami oraz pacjentami a personelem, a także poprzez wykorzystywanie potencjału relacji interpersonalnych (Priebe i Hoffmann, 2005, s. 327–332). Dążenie do przyspieszenia procesu rehabilitacji leczonych na oddziale pacjentów odbywa się przez uczenie zarządzania celami grupy, występującymi w niej konfliktami, niekorzystnymi, destrukcyjnymi zachowaniami, poprzez wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa, wartości, zaufania i poczucia bycia wspieranym przez grupę (Edelson, 1970, s. 51–60).

Przewodnik Lipgara i Martina do prowadzenia zajęć socjoterapeutycznych zakłada realizację następujących zadań i celów:



- wprowadzenie struktury wspierającej pozostanie, bycie w zajęciach grupowych;
- przedstawienie korzyści wynikających z pracy grupowej, tych indywidualnych, jak również tych grupowych;
- wzmacnianie komunikacji wewnątrz grupy, jej otwartości, wraz z przedstawieniem korzyści płynących z jej stosowania;
- promowanie rozumienia i akceptacji podobieństw i różnic oraz uczenie komunikowania ich;
- wzmacnianie uważności na przejawy relacji interpersonalnych, w tym konfliktów, sporów i nieporozumień, z nastawieniem na ich zrozumienie oraz omówienie;
- promowanie komunikacji, rozmawianie, omawianie różnych kwestii wraz z braniem odpowiedzialności za to, co dzieje się na zajęciach;
- uznawanie zależności indywidualnej jednostki w stosunku do grupy, jak również grupy wobec instytucji;
- wzmacnianie poczucia grupy jako wspólnoty mającej własne cele i wartości, z jednoczesnym uwzględnieniem indywidualnych różnic oraz potrzeb;
- dawanie wsparcia osobom dzielącym się swoimi doświadczeniami i przemyśleniami (Lipgar i Martin, 1988).

Zajęcia socjoterapeutyczne realizowane dla grup pacjentów szpitalnych oddziałów psychiatrycznych mają zadanie wspierania procesu farmakoterapii, psychoterapii, rehabilitacji, przeciwdziałania nawrotom choroby i powrotom do szpitala. Socjoterapia w takim miejscu jest propozycją pracy, wsparcia dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży, jak również wsparcia dla rodzin tych pacjentów (Kalicanin, 1973, s. 51–57).

Należy podkreślić, że cechy instytucji, czyli szpitalnych oddziałów psychiatrycznych, dziennych czy stacjonarnych, a także grupa pacjentów, czy to dorosłych, czy dzieci lub młodzieży, określają zadania socjoterapii. Socjoterapia wspiera leczenie, zatem proces leczenia, dążenie do zmiany, aspekty psychopatologii pacjentów w zdecydowany sposób wpływają na charakterystykę zajęć, na dobór technik pracy, na określone zasady realizacji socjoterapeutycznych zajęć. Niewątpliwie socjoterapia jako wsparcie leczenia pozostaje dodatkową, bardzo ważną, choć nie najważniejszą częścią pracy z tymi osobami; czasem jest definiowana jako praca socjopsychiatryczna, które to określenie w dość jednoznaczny sposób określa cele, zadania i funkcje socjoterapii, a tym samym tożsamość socjoterapeuty prowadzącego w tym miejscu zajęcia grupowe (Bobon-Schrod, 1974, s. 147–156).

## Socjoterapia jako wsparcie procesu resocjalizacji

Resocjalizacja jest następnym obszarem pracy z ludźmi, w którym socjoterapia miała i nadal ma zastosowanie. Osoby znajdujące się w placówkach penitencjarnych, wychowawczych są niedostosowane społecznie z wielu powodów: biopsychicznych, socjokulturowych, zaburzeń osobowości czy czynników sytuacyjnych (Bernasiewicz, 2011, s. 136–138). Niewątpliwie niedostosowanie społeczne stwarza zagrożenie społecznego odrzucenia, niechęci kontaktu z otoczeniem, prowadząc tym samym do jeszcze większych trudności w społecznym przystosowaniu (Szrajda i in., 2019, s. 155–169).

Socjoterapia w obszarze pracy resocjalizacyjnej stara się tworzyć grupową formę wychowawczego środowiska, a poprzez strukturę zajęć, ramy, zasady, normy funkcjonowania na zajęciach realizować założone cele (Dzięcioł, 2016, s. 193–220). Udział w socjoterapeutycznych zajęciach podkreśla wyraźnie niedostatki społecznego funkcjonowania uczestników zajęć, choćby poprzez stosunek do podstawowych zasad pracy grupowej. Jak w soczewce ujawniają się antyspołeczne cechy jej uczestników, ich rebelianckie tendencje, niemożność dostosowania się do istniejących zasad, respektowania ograniczeń czy brak możliwości empatycznej reakcji w stosunku do innych uczestników socjoterapeutycznych zajęć. To doskonała możliwość obserwacji i diagnozy trudności uczestników zajęć. Tym samym uzyskuje się informację na temat celów i zadań, które należy postawić przed grupą, jak również jej konkretnymi uczestnikami. Przeprowadzenie odpowiedniego procesu diagnostycznego jest warunkiem opracowania celów zajęć, a następnie optymalnej ich realizacji (Kowalski i Magda, 2020, s. 35–48).

Dla osób mniej zdemoralizowanych – lub inaczej ujmując: w mniejszym stopniu pozostających na marginesie społecznym – socjoterapia ma do zaoferowania zajęcia realizowane w socjoterapeutycznych ośrodkach, które w pewnym sensie stają się alternatywnym środowiskiem wychowawczym. Pozwala to na wszelkie działania psychokorekcyjne, na odreagowanie złości, frustracji, przewyciężenie lęków, przeciwdziałając wykluczeniu społecznemu, wzmacnianiu negatywnych schematów reagowania oraz w konsekwencji stygmatyzacji. Socjoterapia tworzy mikrośrodowisko wychowawcze przeciwdziałające socjodegradacji, zachowaniom autodestrukcyjnym, patologizacji jednostki, procesowi labelingu (*Understanding the Prison Label*, 2022), prizonizacji (Charles, 1977, s. 136–145) czy tworzeniu się zastępczej antyspołecznej tożsamości.

Charakterystyka problematyki uczestników socjoterapeutycznych zajęć prowadzonych w zakresie resocjalizacji wyraźnie podkreśla specyficzne

potrzeby dla organizacji zajęć, szczególnie zasad funkcjonowania na zajęciach, wzajemnego stosunku uczestników do siebie. Ponadto cele stojące przed socjoterapią wyraźnie będą odnosiły się do korekty zachowania, opanowania gniewu, autorefleksji, umiejętności radzenia sobie głównie z negatywnymi uczuciami, ale także umiejętności rozładowania napięć intrapsychicznych w prospołeczny, adaptacyjny sposób. Co istotne, uczestnicy zajęć powinni starać się być współodpowiedzialni za proces naprawy i zmiany. Jednocześnie należy zaznaczyć, że realizacja socjoterapeutycznych zajęć powinna odbywać się bez kar, penitencjarnej dyscypliny, starając się łączyć działania wychowawcze, opiekuńcze z korekcyjno-terapeutycznymi.

## Socjoterapia jako pomoc psychologiczno-pedagogiczna

W Polsce socjoterapię najczęściej definiuje się jako grupową pracę z dziećmi i młodzieżą, które sprawiają problemy wychowawcze i w związku z tym są zagrożone wykluczeniem społecznym, co pozwala nazwać ją formą pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Socjoterapia jest w tym obszarze grupową pracą z dziećmi i młodzieżą z grup ryzyka i/lub przejawiającymi zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym (Jankowiak i Soroko, 2021, s. 56). Zajęcia socjoterapeutyczne mają uruchamiać czynniki pomocowe, które występują w czasie grupowych zajęć między uczestnikami, powodują zwiększenie rozwojowego potencjału, ale także zapobiegają kształtowaniu się zaburzeń w rozwoju, funkcjonowaniu psychospołecznym, osłabiają patomechanizmy oraz wzmacniają adaptacyjne i dojrzsze formy radzenia sobie z aktualnymi trudnościami.

W takim rozumieniu socjoterapia realizuje swoje zadania poprzez trzy podstawowe cele: terapeutyczne, rozwojowe i psychoedukacyjne.

Cele terapeutyczne, czasem nazywane również korekcyjnymi, mają prowadzić do zmian w zaburzonem funkcjonowaniu młodego człowieka. Określenie tej grupy celów jako terapeutyczne pozwala założyć, że socjoterapeutyczne zajęcia mają korygować nieadekwatne i niekorzystne funkcjonowanie jednostki, słowem osłabiać patomechanizm utrzymujący problem psychospołeczny. Należy jednak zaznaczyć, że część socjoterapeutów zrównuje w swoim rozumieniu socjoterapię jako grupową formę pracy z dziećmi i młodzieżą z grupową psychoterapią dzieci i młodzieży. Należyte rozróżnienie tych dwóch form pracy proponują Jankowiak i Soroko (2013) poprzez zamianę

terminu „czynniki terapeutyczne” na „czynniki pomocowe”, wskazując na to, że w rzeczywistości socjoterapia jest formą pomocy psychologiczno-pedagogicznej, a nie leczenia.

Cele edukacyjne dotyczą uczenia, nabywania nowych kompetencji w zakresie relacji interpersonalnych, sposobów radzenia sobie ze stresującymi, trudnymi sytuacjami, zdobywania oczekiwanych przez otoczenie kompetencji w pełnieniu funkcji społecznych. Część socjoterapeutów wskazuje na nieco inną terminologię powyższych celów, nazywając je psychoedukacyjnymi lub profilaktycznymi (Schlack, 1999, s. 147–190).

Cele rozwojowe określane są jako aktywności nakierowane na rozwojowe potrzeby uczestników zajęć, wspierające realizację rozwojowych zajęć. Wśród nich wymienić można nabywanie wiedzy o sobie samym i otaczającym świecie, wzmocnienie aktywnego i kreatywnego funkcjonowania jednostki, wspieranie procesów budujących tożsamość młodych uczestników socjoterapeutycznych zajęć (Jankowiak i Kuryś-Szyncel, 2017, s. 121–142).

Socjoterapia jako grupowa praca z dziećmi i młodzieżą jest formą pomocy psychologiczno-pedagogicznej głównie o charakterze edukacyjnym / psychoedukacyjnym lub inaczej nazywając: profilaktycznym, a także rozwojowym. Zdecydowanie rzadziej widoczny będzie terapeutyczno-korekcyjny charakter socjoterapeutycznych zajęć. W zależności od miejsca ich prowadzenia, grupy uczestników, problematyki prowadzone zajęcia będą w większym lub mniejszym stopniu prezentowały cele korekcyjne, edukacyjne lub rozwojowe. Oczywiście każde będą zawierały wszystkie trzy grupy celów, jednak specyfika i oczekiwania instytucji, w której zajęcia są realizowane, a także zadania wyznaczane w czasie procesu diagnostycznego uczestników zajęć powodują, że pewna część celów stanie się bardziej wyrazista i realizowana niż pozostałe. Ponadto wiek uczestników jednoznacznie podkreśla znaczenie celów rozwojowych, co w porównaniu z socjoterapeutycznymi zajęciami dla osób dorosłych nie będzie już tak wyraźne.

## Socjoterapia w ujęciu społeczno-kulturowym

Socjoterapia zakorzeniona jest w psychologii, pedagogice i socjologii, ale także w antropologii, naukach politycznych, pracy socjalnej, zarządzaniu zasobami ludzkimi (Kubily Akman, 2015, s. 894–897). Właśnie dlatego socjoterapię można również postrzegać jako grupową pracę z człowiekiem w kontekście społeczno-kulturowym. Dylematy jednostki w obszarze społecznym,

socjologicznym powinny być rozwiązywane, przepracowane w kontakcie ze społecznym otoczeniem, co daje możliwość optymalnej zmiany, a jednocześnie zapobiega wykluczeniu jednostki z tego otoczenia (Kubilay Akman, 2015, s. 894–897).

Socjoterapia staje się w pewnym sensie praktyczną socjologią, dostarcza wiedzy o pracy z grupą, aby poprzez grupę wpływać na jednostkę, czy przez uczenie ról społecznych, funkcjonowania w obrębie społeczeństwa w zakresie makro lub społeczności w zakresie mikro, uczenie relacji interpersonalnych, jak również dostarczanie bezpiecznych i korektywnych doświadczeń (Whiteley, 1986, s. 721). Socjoterapia w takiej perspektywie jest medycznym, terapeutycznym podejściem do problemów społecznych (Richters, Rutayisire i Dekker, 2010, s. 99). Socjoterapeutyczne zajęcia mają wówczas na celu zmianę, znaczące polepszenie funkcjonowania jednostki w obszarze zawodowym, interpersonalnym, rodzinnym, społecznym, a także w życiu osobistym. Grupa socjoterapeutyczna dostarcza społecznego kontekstu, w którym uczestnicy zajęć muszą się odnaleźć, gdzie ich niedostatki i trudności ujawnią się w całej okazałości, jednocześnie pozwoli stawiać diagnozę indywidualnych i grupowych problemów, ale też umożliwi zaproponowanie stosownych działań naprawczych.

Wielu socjoterapeutów pracujących w tym obszarze uważa, że przed socjoterapią w kontekście społeczno-kulturowym stoi obecnie wiele wyzwań, choćby wojny, migracje ludności na świecie, powodujące dylematy adaptacyjne, tożsamościowe (Kubilay Akman, 2015, s. 894–897). Socjoterapia, chcąc się angażować w pomoc w tak wielu aspektach, powinna stać się strategią działania, łącząc potencjał jednostek, grup społecznych, liderów, instytucji państwowych i społecznych, starając się włączać socjoterapeutyczne aktywności w zaplanowane, wspierane politycznie aktywności naprawcze i profilaktyczne (Aron, 1992, s. 173–189).

Socjoterapia w takim rozumieniu wspiera ludzki potencjał, uczy, dostarcza nowych, korektywnych doświadczeń, zachęcając tym samym do wprowadzenia zmian w życiu jednostki, w jej bliższym i dalszym otoczeniu (Schmid, 2019, s. 121–138). Organizowanie socjoterapeutycznych zajęć pomaga wspierać funkcjonowanie jednostek, małych społeczności, grup etnicznych, jak również całych społeczeństw. W związku z powyższym zastosowanie socjoterapii w pracy z lokalnymi społecznościami, z klasami szkolnymi, szkolną społecznością, imigrantami starającymi się zaadaptować do nowej rzeczywistości, jak i w wielu innych zakresach podkreśla jej socjologiczną, społeczną i ekonomiczną atrakcyjność.

## Wnioski

Podsumowując powyższe rozważania na temat socjoterapii, z uwzględnieniem wymienionych czterech obszarów jej zastosowania, można postawić pytanie, czy jest możliwa jednoznaczna i prosta zarazem jej definicja. Żadna definicja, starając się opisać określone zjawisko, proces, rzecz, nie jest w stanie obronić się przed większym lub mniejszym ograniczeniem. Z jednej strony istnieje potrzeba optymalnego opisanego zjawiska, z drugiej – konieczność ograniczenia formy i ilości informacji w definicji, aby była zwięzła, czytelna, przejrzysta. Spełniając warunki poprawnej definicji, definicja socjoterapii powinna zawierać jej istotne cechy, adekwatnie, nie za szeroko i nie za wąsko opisywać te cechy, powinna być pozbawiona błędnego koła oraz negatywnej formy opisu. Spełnienie tych warunków z jednoczesnym uwzględnieniem wielu różnych form pracy socjoterapeutycznej, zastosowania socjoterapii w wielu różnorodnych miejscach, w stosunku do wielu różnych grup uczestników różniących się wiekiem, doświadczeniami osobistymi, trudnościami i problematyką, jest dużym wyzwaniem. Łatwiej definiować socjoterapię jako formę wsparcia leczenia psychiatrycznego, element pracy resocjalizacyjnej, strategię aktywności społeczno-kulturowej czy formę grupowej pracy z dziećmi i młodzieżą w obszarze pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Bardzo ogólnie, szeroko ujmując większość wymienionych w niniejszym artykule aspektów pracy socjoterapeutycznej, można stwierdzić, że socjoterapia jest grupową formą pomocy ludziom, jednostkom i grupom, społecznościom, realizującą za pomocą technik pracy używanych w formach grup treningowych, bardziej niż terapeutycznych, zadania koncentrujące się głównie na obszarach psychoedukacji, profilaktyki, rozwoju, pracy z kryzysem w szerokim tego słowa znaczeniu, przeciwdziałania konsekwencjom kryzysowych sytuacji, korygującą nieadekwatne postawy i zachowania, przeciwdziałającą wykluczeniu społecznemu oraz wzmacniającą wewnętrzne zasoby i możliwości jednostki do realizowania stojących przed nią zadań (w tym zadań rozwojowych w przypadku dzieci i młodzieży) oraz wzmacniającą zasoby mniejszych lub większych społeczności, w celu integracji, przezwyciężania trudnych sytuacji, wzmacniania własnej tożsamości, a także budowania dialogu społecznego.

Powyższe zdanie – jakże rozbudowane – stara się uwzględnić wiele różnorodnych aspektów spotykanych w socjoterapeutycznej pracy, ale wskazuje też na trudność w poszukiwaniu i budowaniu jednoznacznej definicji socjoterapii. Możliwe, że prościej byłoby definiować socjoterapię stosowaną w wielu

różnych obszarach pracy z ludźmi, co pozwoliłoby na celniejsze i bardziej adekwatne opisanie cech socjoterapii realizującej specyficzne zadania, wynikające z określonych cech instytucji, w których socjoterapeutyczne zajęcia są realizowane.

## LITERATURA

- Aron, A. (1992). Testimonio, a bridge between psychotherapy and sociotherapy. *Women & Therapy*, 13(3), 173–189.
- Bernasiewicz, M. (2011). Teoria kognitywno-behawioralna i interakcjonizm symboliczny w teorii resocjalizacyjnej. *Resocjalizacja Polska*, 2, 136–138.
- Bobon-Schrod, H. (1974). Sociopsychiatric rehabilitation. *Feuillets Psychiatriques de Liège*, 7(2), 147–156.
- Bojanin, S., Kolar, D. (1998). The role of sociotherapeutic method in psychotherapy of adolescent crisis. *Psihijatrija Danas*, 30(2–3), 297–308.
- Charles, T.W. (1977). Theoretical Perspectives on Prisonization: A Comparison of the Importation and Deprivation Models. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 68, 136–145.
- Dzięcioł, B. (2016). Zasady projektowania i realizacji zajęć w dziedzinie zintegrowanej socjoterapii resocjalizującej wobec osadzonych mężczyzn, wielokrotnie pozbawianych wolności. *Studia Edukacyjne*, 39, 193–220. Pobrane z: <https://repozytorium.amu.edu.pl/handle/10593/17648> [dostęp: 19.08.2022].
- Edelson, M. (1970). *Sociotherapy and psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2013a). Czynniki pomocowe w socjoterapii dzieci i młodzieży. W: B. Jankowiak (red.), *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM. Pobrano z: [http://repozytorium.amu.edu.pl:8080/bitstream/10593/21630/2/Jankowiak\\_Socjoterapia\\_dodruk\\_10\\_3\\_2016.pdf](http://repozytorium.amu.edu.pl:8080/bitstream/10593/21630/2/Jankowiak_Socjoterapia_dodruk_10_3_2016.pdf) [dostęp: 1.03.2021].
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2013b). Socjoterapia jako forma pomocy psychopedagogicznej. W: B. Jankowiak (red.), *Socjoterapia jako forma pomocy psychopedagogicznej. Teoria i praktyka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2019). Socjoterapia dziś i jutro. O potrzebie współpracy refleksyjnej praktyka i ciekawego praktyki naukowca. *Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów i Trenerów*, 10–27. Pobrano z: [http://pssit.pl/download/B\\_Jankowiak\\_E\\_Soroko\\_Socjoterapia\\_dzis\\_i\\_jutro.pdf](http://pssit.pl/download/B_Jankowiak_E_Soroko_Socjoterapia_dzis_i_jutro.pdf) [dostęp: 27.07.2022].
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2021). *Socjoterapia młodzieży. Studium psychologiczno-pedagogiczne*. Warszawa: PWN.
- John-Borys, M. (2005). Socjoterapia – jak zachodzi zmiana zachowania? W: M. Deptuła (red.), *Diagnoza, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Kalicanin, P. (1973). Socio-psychiatric methods in work with outpatients. *Anali Zavoda za mentalno zdravlje*, 5(2–3), 51–57.

- Kaplan, H., Sadock, B. (1995). *Psychiatria kliniczna*, red. S. Sidorowicz, tłum. G. Bagiński i in. Wrocław: Urban & Partner.
- Kowalski, M., Magda, E. (2020). Strategie myślenia o resocjalizacji na tle przemian paradygmatów w pedagogice. *Resocjalizacja Polska*, 19, 35–48.
- Kubily Akman, M. (2015). Sociotherapy as a Contemporary Alternative. W: *Challenges of the Knowledge Society. CKS 2015* (s. 894–897). Bucharest: “Nicolae Titulescu” University Publishing House. Pobrano z: [https://www.academia.edu/12672325/Sociotherapy\\_as\\_a\\_Contemporary\\_Alternative](https://www.academia.edu/12672325/Sociotherapy_as_a_Contemporary_Alternative) [dostęp: 19.08.2022].
- Lipgar, R.M., Martin, J.B. (1988). *Large inpatient groups (patient / staff community meetings): Method or madness*. Open Panel Session, no. 218 [Critical issues for inpatient groups] conducted at the annual meeting of the American Group Psychotherapy Association.
- Norton, K. (2002). The therapeutic community: Theoretical, practical, and therapeutic integration. W: J. Holmes, A. Bateman (red.), *Integration in psychotherapy: Models and methods* (s. 159–173). New York: Oxford University Press.
- Priebe, S., Hoffmann, K. (2005). Socjoterapia. W: H. Freyberger, W. Schneider, R.-D. Stieglitz (red.), *Kompendium psychiatrii, psychoterapii i medycyny psychosomatycznej*, red. nauk., tłum. A. Bilikiewicz. Warszawa: PZWL.
- Programy rekomendowane* (2022). Pobrano z: <https://programyrekomendowane.pl/strony/artykuly/strategie,9> [dostęp: 27.07.2022].
- Richters, A., Rutayisire, T., Dekker, C. (2010). Care as a turning point in sociotherapy: Remaking the moral world in post-genocide Rwanda. *Medische Antropologie*, 22(1), 99. Pobrano z: [https://www.researchgate.net/publication/254913899\\_Care\\_as\\_a\\_turning\\_point\\_in\\_sociotherapy\\_Remaking\\_themoralworldinpost-genocideRwanda](https://www.researchgate.net/publication/254913899_Care_as_a_turning_point_in_sociotherapy_Remaking_themoralworldinpost-genocideRwanda) [dostęp: 18.08.2022].
- Robinson, B.E., Rhoden, L.J. (2017). *Pomoc psychologiczna dzieciom z rodzin alkoholowych. Praktyczny przewodnik*, tłum. A. Marciniak. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Sawicka, K. (red.) (1999). *Socjoterapia*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- Schlack, T. (1999). „Małolat” – program interwencyjno-edukacyjno-profilaktyczny dotyczący osób nadużywających alkoholu. W: K. Sawicka (red.), *Socjoterapia* (s. 147–190). Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- Schmid, P.F. (2019). The power of hope person-centered perspectives on contemporary personal and societal challenges. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 18, 121–138.
- Smith, B., Fromm, M.G. (1982). Personality determinants of leadership and participation in a sociotherapy program. *Human Relations*, 35(6), 433–448.
- Smith, E., Whittington, H.G. (1971). *Social hour: A sociotherapeutic approach*. Oxford: Charles C. Thomas Publisher Ltd.
- Szrajda, J., Sygit-Kowalkowska, E., Weber-Rajek, M., Tudorowska, M., Ziółkowski, M., Borkowska, A. (2019). Working with socially maladjusted youth and children with developmental disorders. Predictors and correlations of health among personnel



- in youth centres. *Journal of Education, Culture & Society*, 10(1), 155–169. Pobrano z: <https://jec.s.pl/index.php/jecs/article/view/483/404> [dostęp: 19.08.2022].
- Understanding the Prison Label* (2022). Pobrano z: <https://www.tolerance.org/classroom-resources/tolerance-lessons/understanding-the-prison-label> [dostęp: 19.08.2022].
- Whiteley, J.S. (1986). Socioterapy and psychotherapy in the treatment of personality disorder: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79, 721. Pobrano z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1290573/> [dostęp: 18.08.2022].



AGNIESZKA LASOTA

ORCID: 0000-0001-6128-7859

Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

# POZYTYWNE INTERWENCJE TERAPEUTYCZNE OPARTE NA WDZIĘCZNOŚCI W SOCJOTERAPII DZIECI I MŁODZIEŻY

## Streszczenie

Interwencje psychologii pozytywnej są przedmiotem wielu badań naukowych skupiających się na poszukiwaniu sposobów zwiększania dobrostanu psychicznego ludzi. Jedną z takich interwencji jest rozwijanie wdzięczności. Treningi rozwijania wdzięczności mogą być prowadzone zarówno profilaktycznie, jak i terapeutycznie. W tym artykule autorka odwołuje się do najnowszej literatury światowej, przywołując wyniki badań eksperymentalnych potwierdzających istnienie korzyści związanych z rozwijaniem wdzięczności w życiu codziennym, zarówno dla zdrowia fizycznego, psychicznego, jak i społecznego. Przedstawia propozycję ujęcia takich interwencji terapeutycznych w programie zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży. Wdrożenie interwencji opartych na wdzięczności, będącej jednym z mechanizmów leżących u podstaw odporności na agresję i przemoc, może przynieść zdecydowane korzyści dla dobrostanu psychicznego i relacji społecznych wśród młodych uczestników socjoterapii.

**Słowa kluczowe:** wdzięczność, interwencja terapeutyczna, trening wdzięczności, socjoterapia

## POSITIVE GRATITUDE-BASED THERAPEUTIC INTERVENTIONS IN THE SOCIO THERAPY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

### Abstract

Positive psychology interventions are the subject of much scientific research focused on finding ways to increase people's mental well-being. One such intervention is to develop gratitude. Gratitude training can be conducted both preventively and therapeutically. In this article, the Author refers to the latest world literature, referring to the results of experimental research confirming the existence of benefits related to developing gratitude in everyday life, both for physical, mental and social health. The author presents a suggestion to include such therapeutic interventions in the program of sociotherapeutic activities for children and adolescents. The implementation of interventions based on gratitude, which is one of the mechanisms underlying resistance to

aggression and violence, can bring definite benefits for psychological well-being and social relations among young participants of sociotherapy.

**Keywords:** gratitude, therapeutic intervention, gratitude training, sociotherapy

## Wstęp

W działaniach socjoterapeutycznych bardzo często skupiamy się przede wszystkim na pracy z negatywnymi emocjami, które są przyczyną zachowań agresywnych, eksternalizacyjnych, prowadzących do niedostosowania społecznego. Obecnie na całym świecie coraz częściej i mocniej podkreśla się znaczenie psychologii pozytywnej w pracy psychoterapeutycznej i socjoterapeutycznej. Wiele międzynarodowych badań potwierdza tezę, że rozwijanie emocji pozytywnych zwiększa poczucie szczęścia i zadowolenia z życia oraz, co ważne w socjoterapii, zmniejsza ryzyko zachowań eksternalizacyjnych i internalizacyjnych. Wyniki badań potwierdzają jednoznacznie, że wdzięczni ludzie są nie tylko bardziej mili, ale także mniej agresywni (DeWall i in., 2012).

Interwencje psychologii pozytywnej są przedmiotem wielu badań naukowych skupiających się na poszukiwaniu metod i sposobów zwiększania dobrostanu i szczęścia ludzi. Większość osób zadaje sobie wciąż pytanie: od czego zależy moje szczęście? Wybitna badaczka Sonja Lyubomirsky (2008) jest zdania, że 50% szczęścia człowieka zależy od genów, 10% to wpływ zewnętrznych okoliczności, natomiast 40% zależy od naszych reakcji na własne doświadczenia oraz naszego postrzegania rzeczywistości. W związku z tym coraz więcej naukowców, jak i praktyków (psychoterapeutów, socjoterapeutów, coachów) skupia się na pomaganiu ludziom w poszukiwaniu szczęścia i dobrostanu psychicznego poprzez rozwijanie strategii pozytywnego reagowania na doświadczane sytuacje życiowe. Do tych strategii należą np.: praktykowanie wdzięczności, rozwijanie uważności (mindfulness) czy empatii.

Wdzięczność może odnosić się do wymiaru poznawczego i emocjonalnego, tj. myśli i uczuć, których ludzie doświadczają, gdy myślą o dobrych rzeczach, jakie ich spotykają, oraz pomocnych, wspierających ich w życiu osobach (Watkins i in., 2013). Obejmuje również aspekt behawioralny polegający na bezpośrednim wyrażaniu podziękowań wobec innych (McCullough i in., 2001).

Rozwijanie wdzięczności polega na tym, że osoby częściej i bardziej świadomie zwracają uwagę na dobre rzeczy, które im się przydarzają, dostrzegają dobre uczynki i wysiłek innych oraz uczą się wyrażania własnej wdzięczności poprzez słowa i gesty.

## Korzyści związane z rozwijaniem wdzięczności w życiu codziennym

Wiele wyników badań naukowych potwierdza, że bycie wdzięcznym się opłaca, gdyż przynosi zarówno korzyści fizyczne, jak i psychiczne. Osoby bardziej wdzięczne wykazują się lepszym zdrowiem, mają wyższą odporność, także na stres, lepiej śpią, są bardziej optymistycznie nastawione do życia (Emmons i McCullough, 2003). Kiedy wdzięczni ludzie uznają otrzymaną pomoc od innych, czują się kochani i doceniani, takie osoby częściej utrzymują zdrowe i pozytywne relacje z innymi ludźmi (Wood, Froh i Geraghty, 2010). Wdzięczność promuje zdrowe i pozytywne interakcje społeczne, które pomagają zbudować silny system wsparcia społecznego (Lasota i Koźlik-Rączka, 2020). Okazuje się, że ludzie bardziej wdzięczni rzadziej oceniają innych na podstawie tego, co mają, rzadziej zazdroszczą innym, a częściej pomagają i dzielą się z innymi ludźmi (Lambert i in., 2010). Są też bardziej skłonni do wybaczenia oraz konstruktywnego rozwiązywania konfliktów (Tsang, 2006). Wyższa wdzięczność wiąże się pozytywnie z poczuciem zadowolenia (McCullough i in., 2001) i dobrostanu psychicznego. Młodzi ludzie doświadczający częściej poczucia wdzięczności są bardziej zmotywowani do nauki i pracy (Froh i in., 2010), mają więcej pozytywnych relacji z innymi oraz lepsze wsparcie społeczne (Wood i in., 2008). Ludzie wdzięczni mają pozytywne, adaptacyjne cechy osobowości, które pozwalają na nawiązywanie i utrzymywanie zdrowych relacji interpersonalnych (Wood i in., 2008, 2009). Wdzięczność wiąże się z takimi cechami, jak: ekstrawersja, otwartość na nowe doświadczenia, stabilność emocjonalna (Lasota i Koźlik-Rączka, 2020), a także cechami wskazującymi na pozytywne funkcjonowanie społeczne, tj. ciepło, altruizm i wrażliwość społeczna (Wood i in., 2008, 2009). Również badania polskie potwierdzają te zależności. Badania prowadzone wśród młodych dorosłych (Lasota i in., 2020) wykazały, że wdzięczność wiąże się pozytywnie z empatią oraz odpornością psychiczną. U mężczyzn jednym z predyktorów poziomu wdzięczności była empatia poznawcza, czyli umiejętność przyjmowania cudzej perspektywy, u kobiet natomiast takim czynnikiem wpływającym na wdzięczność była otwartość na nowe doświadczenia. Osoby o wysokim poziomie wdzięczności mają szersze i bardziej optymistyczne spojrzenie na świat, doświadczają życia w kategoriach daru i starają się przeżywać każdy dzień bardziej świadomie. Są otwarte na nowe doświadczenia, cieszą się większym optymizmem, nadzieją, mają więcej witalności i zadowolenia z życia (Peterson i Seligman, 2004).

W innych polskich badaniach (Lasota, 2017, 2018) nad związkiem między wdzięcznością, empatią i sensem życia okazało się, że wdzięczność ma pozytywny wpływ na ocenę siebie i swojego życia. Jest też silnym predyktorem dla poziomu afirmacji życia, oceny swojego życia, celu w życiu i oceny siebie u osób dorosłych. Praktykowanie wdzięczności pomaga ludziom kierować ich uwagę w kierunku pozytywnych rzeczy i zmniejsza negatywne uczucia (Emmons i McCullough, 2003).

Z drugiej strony istnieje wiele badań potwierdzających, że osoby mało wdzięczne częściej mają problemy natury psychologicznej, jak lęk, depresja, wrogość czy agresja (Wood, Joseph i Maltby, 2008). Badania potwierdzają także związek pomiędzy poziomem wdzięczności a przystosowaniem psychicznym nastolatków (Froh i in., 2008, 2009). Sun i in. (2019) też w swoich badaniach odkryli istnienie bezpośredniej negatywnej zależności pomiędzy niskim poziomem wdzięczności a zachowaniami problemowymi, zarówno internalizacyjnymi, jak i eksternalizacyjnymi. Co więcej, style radzenia sobie, bez względu na to, czy były one pozytywne czy negatywne, były mediatorem pomiędzy wdzięcznością a problemami z zachowaniem. Okazuje się, że młodzież o wysokim poziomie wdzięczności przyjmuje bardziej pozytywne i skuteczne style radzenia sobie w sytuacjach trudnych, aby zrekompensować szkody, gdy pojawiają się niepowodzenia i frustracje (por. Lasota i Koźlik-Rączka, 2020). Bycie wdzięcznym pozwala inspirować i motywować ludzi do zmiany strategii radzenia sobie z przeciwnościami losu.

Wdzięczność może być też traktowana jako potencjalny czynnik chroniący przed ryzykiem samobójstw w okresie adolescencji. Należy pamiętać, że podczas kryzysu niestety spada dobrostan psychiczny (Smith i in., 2020; Van Hal, 2015), a dzieci i młodzież biorące udział w zajęciach socjoterapeutycznych zazwyczaj takiego kryzysu doświadczyły lub wciąż doświadczają w swoim życiu. Pogorszenie samopoczucia psychicznego może prowadzić do podwyższonego poziomu lęku i depresji (Smith i in., 2020), a nawet ryzyka zwiększonego samobójstwa (Van Hal, 2015). Jak wskazują badacze, dziewczęta mogą być bardziej narażone na ryzyko objawów depresyjnych i samobójstw po doświadczeniu przemocy rówieśniczej, bullyingu, zastraszania czy agresji (Bor i in., 2014; Nolen-Hoeksema i Girgus, 1994). Badania te pokazują również istotne różnice płciowe w sposobach radzenia sobie z sytuacją przemocową. Chłopcy i mężczyźni częściej angażują się w impulsywne działania będące odpowiedzią na emocje oraz w poszukiwanie nagród, natomiast dziewczęta i kobiety bardziej skupiają się na swoich trudnych emocjach i częściej uruchamiają ruminatywne myśli, co jest mniej

przystosowawczym sposobem radzenia sobie z wiktylizacją. Wyniki badań Rey i in. (2019) wykazały, że wdzięczność wiąże się negatywnie z byciem ofiarą przemocy i ryzykiem samobójstwa (objawy depresyjne, myśli i zachowania samobójcze). Wyższy poziom wdzięczności wiązał się z mniejszym ryzykiem samobójstwa u doświadczających przemocy dziewcząt. Ofiary z wysokim poziomem wdzięczności prawdopodobnie angażują się w bardziej pozytywne strategie myślowe dotyczące radzenia sobie z przemocą i prezentują rzadziej postawy obwiniania siebie i samokrytyki w porównaniu do osób, które mają niski poziom wdzięczności. Badania Emmons i McCullougha (2003) dostarczyły dowodów, że prowadzenie 10-tygodniowych dzienników wdzięczności prowadzi do wyższego poziomu dobrostanu psychicznego (bardziej pozytywne spojrzenie na życie jako całość i bardziej pozytywne oczekiwania dotyczące nadchodzącego tygodnia). Jak potwierdzili Geier i Morris (2022), interwencje związane z wdzięcznością są jedną z ochronnych ścieżek minimalizowania negatywnych skutków kryzysu wpływającego na samopoczucie psychiczne. Interwencje z wdzięcznością mają co prawda niewielki lub średni pozytywny wpływ na samopoczucie psychiczne (Cregg i Cheavens, 2021; Davis i in., 2016) i są najczęściej krótkoterminowe, jednak w czasie kryzysu, który jest tymczasowy, samo utrzymanie dobrego samopoczucia psychicznego może być jednym ze sposobów najskuteczniejszego poradzenia sobie z kryzysem. Badania quasi-eksperymentalne (Geier i Morris, 2022), polegające na przeprowadzeniu 10-tygodniowej interwencji wdzięczności opartej na dziennikach refleksji wśród studentów w czasie pandemii COVID-19, potwierdziły, że taki rodzaj interwencji prowadzi do wzrostu pozytywnego samopoczucia psychicznego. Rezultaty tych badań świadczą o tym, że pozytywne interwencje są bardzo potrzebne i pożądane zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych (np. czas pandemii).

Lyubomirsky i współpracownicy (2005) odkryli psychologiczny mechanizm leżący u podstaw pielęgnowania wdzięczności. To wzrost aktywności związany z procesem poznawczym. Uważność skierowana na doświadczenie wdzięczności zwiększa poczucie szczęścia poprzez pozytywną interpretację doświadczeń życiowych, tworząc w ten sposób „wdzięczny styl poznawczy”. Wdzięczność poszerza zdolności myślenia (łamiąc utarte schematy myślowe) i konstruowania zasobów osobistych, w tym zasobów poznawczych, psychologicznych, fizycznych i interpersonalnych, mogących skutecznie zwiększać adaptację społeczną nastolatków, dzięki czemu ogranicza występowanie zachowań trudnych (por. Lasota i Koźlik-Rączka, 2020).

## Przegląd badań dotyczących interwencji wdzięczności

Zarówno badania eksperymentalne (DeWalla, 2012; Baumsteiger i in., 2018), jak i studia przypadków (Itaire, O'Sullivan, 2019) potwierdzają skuteczność interwencji polegających na rozwijaniu wdzięczności poprzez jej intencjonalne praktykowanie. Dzięki kilkutygodniowym pozytywnym treningom odnotowuje się wzrost poczucia wdzięczności, szczęścia, dobrostanu psychicznego, zadowolenia z relacji z rodziną, przyjaciółmi oraz wzmocnienie więzi społecznych. Dowody te mogą być wykorzystywane do budowy pakietu gotowych interwencji, które pomagają młodym ludziom w rozwoju poczucia szczęścia.

Większość badań opisujących pozytywne interwencje oparte na wdzięczności potwierdza ich pozytywny wpływ na wiele aspektów życia, np. na zadowolenie z życia, poczucie własnej wartości (Rash i in., 2011), wyższy poziom dobrostanu czy niższy poziom odczuwanego stresu (Killen i Macaskill, 2015). Co prawda istnieją też badania, które pokazują, że interwencje związane z wdzięcznością mają ograniczone efekty. Niektórzy badacze dowiedli, że takie pozytywne interwencje oparte na wdzięczności mają słaby wpływ na objawy depresji i lęku (Cregg i Cheavens, 2021; Dickens, 2017). Być może wiąże się to z nasileniem objawów negatywnych, jakich doświadczają osoby chore. Interwencje są najbardziej efektywne wtedy, gdy osoba ma motywację do podjęcia takich działań, chce pracować nad sobą, swoim rozwojem osobistym. Osoby w depresji i z wysokim poziomem lęku często takiej motywacji nie mają.

Rezultaty wielu opracowań potwierdzają, że rozwijanie i pielęgnowanie uczucia wdzięczności podnosi ocenę subiektywnego poczucia zadowolenia z życia zarówno u nastolatków, jak i dorosłych. Badania wśród młodzieży (Froh i in., 2008, 2009) wykazały, że interwencja rozwijania wdzięczności była szczególnie skuteczna u młodych ludzi, którzy pierwotnie mieli obniżony poziom subiektywnego odczuwania wdzięczności.

W badaniach DeWalla i in. (2012) oceniano codzienny poziom wdzięczności, agresji i pozytywnego afektu, trzy razy w tygodniu przez 25 dni. Okazało się, że doświadczana wdzięczność zmniejszała codzienną agresję fizyczną. Inne pozytywne emocje doświadczane każdego dnia nie wpływały na poziom agresji. W kolejnych eksperymentach badacze oceniali, czy wdzięczność wpływa na agresję w społecznych relacjach u ludzi, którzy zostali sprowokowani. Wyniki potwierdziły, że praktykowanie wdzięczności (pisanie listów, wyliczanie błogosławieństw) wiąże się z mniejszym uczuciem zranienia i mniej agresywnymi reakcjami w odpowiedzi na zranienie lub prowokację sprawców.



Inne badania (DeWall i in., 2012) potwierdzają, że empatia może być mediatorem pomiędzy wdzięcznością a agresją, co oznacza, że wdzięczni ludzie są mniej agresywni po części także dlatego, że mają dużą empatię dla innych. Chociaż większość dzieci uczy się słowa „dziękuję”, jak tylko nauczy się mówić, potrzebne są bardziej zaawansowane umiejętności empatyczne (poznawcze i emocjonalne), aby doświadczyły one prawdziwej wdzięczności, co zdaniem niektórych badaczy możliwe jest dopiero w późnym dzieciństwie lub nawet w adolescencji, czyli po 12 roku życia (por. Baumsteiger i in., 2018).

W eksperymencie Baumsteigera i współpracowników (2018), w którym oprócz wdzięczności oceniano poziom nadziei i zachowań prospołecznych wśród młodych dorosłych, okazało się, że osoby, które wzięły udział w 3-dniowym eksperymencie polegającym na rozwijaniu wdzięczności, prezentowały wyższy poziom wdzięczności oraz nadziei w życiu w porównaniu z osobami, które nie ukończyły zadania, oraz grupą kontrolną, która ćwiczyła strategie zapamiętywania. Kolejne badania autorów prowadzone wśród młodzieży również wykazały wzrost wdzięczności oraz nadziei w grupie eksperymentalnej (ale nie zachowań prospołecznych) oraz, co ciekawe, spadek wdzięczności w poststacie w grupie kontrolnej. Jakościowe wypowiedzi nastolatków po wykonaniu interwencji rozwijających wdzięczność także potwierdziły bardzo pozytywny wpływ tego badania na rozwój wdzięcznych myśli, uczuć i zachowań. Dwie trzecie nastolatków biorących udział w badaniach napisało, że te zajęcia pozwoliły im bardziej uświadomić sobie poświęcenie innych, ich pomoc, wsparcie i doceniać to, co mają, to, co ich otacza. Jedna trzecia badanych adolescentów uważała, że te działania pomogły im stać się bardziej wdzięcznymi wobec innych, częściej wyrażać wdzięczność za to, co inni robią dla nich, a czego wcześniej nie dostrzegali. Prawie połowa badanej młodzieży uświadomiła sobie, że bycie wdzięcznym i docenianie wszystkich dobrych rzeczy przyczynia się do poczucia szczęścia.

Inny eksperyment wśród nastolatków przeprowadzili Shi i Zhu (2008). Polegał on na opowiadaniu na lekcjach o własnych doświadczeniach związanych z wdzięcznością. Okazało się, że samo opowiadanie i dzielenie się historią przez jednego ucznia wpływa na wzrost wdzięczności, a także na zadowolenie z życia i pozytywne emocje u pozostałych.

Badacze (Lyubomirsky i in., 2005) są zdania, że ćwiczenia polegające na tworzeniu listy rzeczy, za które ludzie są wdzięczni, są skuteczną poznawczą interwencją przyczyniającą się do wzrostu ogólnego poziomu szczęścia. Poprzez powtarzaną praktykę pozytywnej interpretacji wydarzeń życiowych, nawet tych negatywnych, opartą na praktykowaniu wdzięczności, kształtujemy

styl poznawczy, który wywołuje więcej pozytywnych emocji mogących równoważyć emocje negatywne.

Obiecujące wyniki uzyskuje się także w resocjalizacji osób osadzonych w więzieniach praktykujących trening rozwijania wdzięczności. Yanhe i współpracownicy (2019) przeprowadzili interwencję polegającą na liczeniu błogosławieństw oraz praktykowaniu wdzięczności nazywanej „zarażaniem wdzięcznością”. Badania polegały na cotygodniowej praktyce opowiadania historii związanych z wdzięcznością oraz na liczeniu błogosławieństw. Eksperyment trwał 5 tygodni na grupie prawie 100 więźniów. Wyniki wiązały się pozytywnie ze wzrostem ogólnego poziomu wdzięczności oraz obniżeniem poziomu agresji, ale nie wpłynęły na ogólne zadowolenie z życia (co jest raczej zrozumiałe w tym przypadku).

Unikalne efekty dotychczasowych działań wdzięczności pokazują, że interwencja wdzięczności jest skuteczna zarówno dla nastolatków, jak i młodych dorosłych. Może być prowadzona stacjonarnie (jest bardziej efektywna, gdyż bardziej kontrolowana), ale również online (wymaga jednak większego zaangażowania i samodyscypliny ze strony uczestników zajęć). Jedne z najnowszych badań zagranicznych pokazują, że właśnie media społecznościowe mogą jak najbardziej być wykorzystywane do tego celu. Badania Koaya i współpracowników (2020) przeprowadzone wśród studentów polegały na publikowaniu na Instagramie przez co najmniej tydzień zdjęć z podpisem związanym z doświadczeniem wdzięczności albo zdjęć z podpisem nawiązującym do kolorów. W obu grupach studentów zbadano cechy osobowości, poziom wdzięczności, zadowolenia z życia i stresu przed eksperymentem oraz po jego zakończeniu. Wyniki potwierdziły, że studenci, którzy brali udział w interwencji rozwijającej wdzięczność, odczuwali statystycznie wyższy poziom wdzięczności niż studenci z grupy kontrolnej. Nie zaobserwowano różnic w poziomie stresu czy satysfakcji z życia. Zdaniem autorów badania interwencja wdzięczności poprzez Instagram może być obiecującą metodą rozwijania wdzięczności u młodych dorosłych.

Również badania Bono i współpracowników (Bono i in., 2020; Bono i Fauteux, 2020) prowadzone wśród młodzieży szkolnej w wieku 13–18 lat potwierdziły pozytywny wpływ treningów opartych na rozwijaniu wdzięczności. Dzieci używały w tym celu specjalnej aplikacji GiveThx<sup>1</sup> opracowanej przez badaczy 2 razy w tygodniu przez 6 tygodni po 5 minut + cztery lekcje

---

<sup>1</sup> GiveThx to aplikacja online, która poprzez rozwijanie wdzięczności poprawia samopoczucie uczniów i umiejętności społeczno-emocjonalne. Więcej informacji na stronie <https://www.givethx.org/>.

treningowe po 40 minut przez pierwsze 4 tygodnie. Wyniki badań potwierdziły, że praktykowanie wdzięczności poprawiło relacje społeczne, samopoczucie psychiczne uczniów, zwiększyło się zadowolenie z życia i relacji społecznych, zmniejszyły się lęk i negatywne emocje, a także objawy depresji (u chłopców) oraz stresu (u dziewcząt).

Najnowsze wyniki badań (Tolcher i in., 2022) prowadzone wśród studentów potwierdzają, że 8-tygodniowa interwencja polegająca na wykorzystywaniu jednej ze strategii rozwijania wdzięczności (pisanie dzienniczka wdzięczności, refleksja lub korzystanie ze specjalnej aplikacji internetowej opartej na praktykowaniu myślenia refleksyjnego) wiązała się z wyższym zadowoleniem z życia, poczuciem szczęścia oraz niższym poziomem lęku, depresji i stresu.

## Sposoby rozwijania wdzięczności na zajęciach socjoterapeutycznych

W kontekście powyższych treści można stwierdzić, że wdzięczność jest specjalnym zasobem zdolności poznawczych, który może wzmacniać inne pozytywne emocje, regulować zdrowie emocjonalne, zachęcać do akceptacji tego, co przynosi nam los, oraz wzmacniać pozytywne znaczenie negatywnych wydarzeń. Posiadanie takiego zasobu poznawczego utrudnia występowanie zachowań internalizacyjnych i eksternalizacyjnych (Wood i in., 2008; Froh i in., 2009; Sun i in., 2019). Właśnie dlatego cenne wydaje się wprowadzenie treningu rozwijania wdzięczności do programu zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży zagrożonych niedostosowaniem społecznym.

W mojej opinii trzy najbardziej efektywne, a zarazem najprostsze sposoby rozwijania wdzięczności<sup>2</sup>, które z powodzeniem można wykorzystać na zajęciach socjoterapeutycznych z dziećmi i młodzieżą, to: zachęcanie do refleksji, ocena korzyści, wdzięczne zachowanie.

**ZACHĘCANIE DO REFLEKSJI** – zachęcanie osób do spędzenia kilku minut dziennie na refleksji, co dobrego spotkało ich w danym dniu – dobre rzeczy, sprzyjające sytuacje, mili, pomocni ludzie. Najbardziej znana jest strategia „trzy dobre rzeczy”. Zadaniem osób praktykujących wdzięczność jest przypomnienie sobie trzech dobrych rzeczy, jakie wydarzyły się w ciągu dnia oraz co było ich przyczyną.

---

<sup>2</sup> Na podstawie Baumsteiger i in., 2018; Watkins i in., 2003; Emmons i McCullough, 2003; Froh i in., 2010.

Na zajęciach socjoterapeutycznych uczestnicy mogą mówić lub pisać o wdzięcznych rzeczach. Ponieważ nastolatkom niechętnie podejmuje się pisanie odręcznego, możemy zachęcić ich do praktykowania wdzięczności poprzez SMS-y czy MMS-y w postaci zdjęć z podpisami nawiązującymi do doświadczania wdzięczności. Taka praktyka wywołuje pozytywne emocje, ułatwia wytworzenie się nawykowego, wdzięcznego, pozytywnego myślenia. Przyczynia się do zmiany sposobu postrzegania świata, innych, a także siebie z negatywnego na bardziej pozytywny.

Eksperyment praktykowania tego rodzaju interwencji wdzięczności wśród dzieci w wieku 12–14 lat prowadzony był przez Froha, Seficka i Emmons (2008). Polegał na doborze 3 grup dzieci, a każda z nich miała za zadanie pisać codziennie przez 2 tygodnie: pierwsza grupa o 5 dobrych rzeczach, jakie wydarzyły się w ciągu każdego dnia, druga grupa o swoich codziennych problemach i kłopotach, a ostatnia nie wykonywała żadnego zadania (była grupą kontrolną). Wyniki tego eksperymentu wykazały, że dzieci, które pisały o dobrych rzeczach, już po 2 tygodniach interwencji wykazywały wyższy poziom wdzięczności, optymizmu, zadowolenia z życia i ze szkoły.

Należy podkreślić, że efekty treningu są lepsze, kiedy ludzie mają motywację do praktykowania wdzięczności oraz gdy interwencja trwa dłuższy czas (co najmniej kilka tygodni) (Sheldon i Lyubomirsky, 2006).

**OCENA KORZYŚCI** – proces rozpoznania trzech kluczowych aspektów zachowań pomagających (Baumsteiger i in., 2018). Po pierwsze, zadaniem osoby jest zwrócenie uwagi na korzyść, jaka przypada osobie otrzymującej pomoc (np. rodzic zawozi autem córkę na treningi piłki ręcznej trzy razy w tygodniu, oczywiście korzyść otrzymuje córka, która nie musi jeździć autobusem (oszczędza więc czas), nie musi szukać innego sposobu na przejazd, jak rower czy hulajnoga (ma więc wygodniejszą formę) oraz nie musi martwić się o pogodę). Po drugie, zadaniem będzie ocena kosztów, jakie ponosi osoba pomagająca (w tej sytuacji osoba ocenia, jak duży wysiłek ponosi pomagający, czyli rodzic w działaniach dla córki, ile czasu, energii i pieniędzy przeznaczają rodzic, aby córka mogła uczęszczać na swoje ulubione zajęcia). Po trzecie, należy ocenić intencje osoby pomagającej (w tej sytuacji córka docenia, że takie poświęcenie rodzica wiąże się z jego troską i wsparciem w rozwijaniu jej pasji i zainteresowań).

Jeden z eksperymentów (Froh i in., 2014) oparty na tego rodzaju interwencji przeprowadzonej w szkole wśród dzieci w wieku 8–11 lat polegał na prowadzeniu dyskusji w klasie, odgrywaniu dramy oraz pisaniu na temat życzliwych działań innych, zachowań prospołecznych i intencji dobroczyńcy

oraz oceny kosztów ponoszonych przez osoby pomagające. Wykazał on, że dzieci biorące udział w eksperymencie w odróżnieniu od grupy porównawczej (w której dzieci rozmawiały wyłącznie o codziennych wydarzeniach bez ukierunkowania na rozwijanie wdzięczności) prezentowały wyższy poziom wdzięczności, pozytywny afekt i bardziej wdzięczne zachowanie (np. poprzez to, że częściej mówiły „dziękuję”). Badacze sugerowali, że właśnie ocena korzyści pogłębia docenienie cudzych aktów dobroci, przez co wzmacnia wdzięczne myśli i uczucia wobec innych.

**WDZIĘCZNE ZACHOWANIE** – polega na zachęcaniu ludzi do wyrażania wdzięczności wobec tych, którzy im pomogli. Może to być list wdzięczności.

Interwencja ta może polegać np. na rozmowie o członkach rodziny, poszukiwaniu pozytywnych wspomnień, sytuacji, w której danej osobie ktoś pomógł. Okazuje się, że takie interwencje prowadzą do większego doceniania innych osób z bliskiego otoczenia, które okazywały pomoc / wsparcie innym, oraz wyższych zachowań prospołecznych i altruistycznych wobec innych (Lambert i in., 2010). Jednym z najbardziej popularnych rodzajów tej interwencji jest pisanie listów wdzięczności. Tego typu eksperymenty prowadzone były zarówno wśród dzieci, jak i dorosłych. Wyniki badań (Froh i in., 2009) pokazują, że pisanie listu pełnego wdzięczności skierowanego do konkretnej osoby wiązało się z wyższym poziomem szczęścia, pozytywnych emocji, a efekt ten utrzymywał się przez kilka miesięcy.

Każdy z tych rodzajów interwencji dotyczy nieco innego sposobu rozwijania wdzięczności. Pierwszy – zachęcanie do refleksji – ma na celu zwrócenie uwagi osobom na rzeczy i ludzi, ukierunkować ich myśli, wspomnienia na pozytywne sytuacje. Jest on najłatwiejszy i najczęściej wykorzystywany w pracy z dziećmi i młodzieżą. Drugi rodzaj pozwala dostrzec powody, dla których jesteśmy wdzięczni ludziom, którzy nam pomagają. W tym przypadku potrzebne są nieco bardziej zaawansowane mechanizmy poznawcze (takie jak umiejętność przyjęcia cudzej perspektywy), co może być trudne dla uczestników zajęć socjoterapeutycznych. Trzeci rodzaj interwencji ma zachęcać do konkretnego zachowania wyrażającego wdzięczność wobec innych.

Jeden z eksperymentów Baumsteigera i współpracowników (2018), polegający na łączeniu różnych interwencji u badanych młodych dorosłych, potwierdził, że każdy z tych rodzajów działań rozwijających uczucie wdzięczności jest skuteczny i efektywny. W odróżnieniu od grupy kontrolnej, której zadaniem było ćwiczenie pamięci, osoby wykorzystujące strategie rozwijające wdzięczność rzeczywiście w postteście prezentowały wyższy poziom wdzięczności. Co ciekawe, aktywność oparta na pisaniu listów wdzięczności

częściej niż pozostałe dwie strategie aktywowała inne wdzięczne zachowania uczestników (np. dziękowanie badaczom za udział w badaniach).

Jak w takim razie zachęcać dzieci i młodzież do praktykowania wdzięczności? Chciałabym zaproponować dwie proste instrukcje, które można wykorzystać w treningu rozwijania wdzięczności<sup>3</sup>.

#### List wdzięczności

To ćwiczenie dotyczy wdzięczności, która odnosi się do myśli i uczuć, jakich doświadczają ludzie, gdy myślą o dobrych rzeczach w swoim życiu i rozpoznają, kiedy inni ludzie im pomagają. Przypomnij sobie komu i za co jesteś wdzięczny / wdzięczna i napisz list do tej osoby, jak bardzo doceniasz jej pomoc i jak bardzo jej dziękujesz.

#### Lista błogosławieństw

W naszym życiu jest wiele osób, sytuacji i rzeczy, zarówno dużych, jak i małych, za które możemy być wdzięczni. Przypomnij sobie ostatni tydzień i zapisz pięć takich sytuacji ze swojego życia, za które jesteś wdzięczny / wdzięczna.

Aby wzmocnić efekt interwencji, zachęcam socjoterapeutów i psychologów, aby wspólnie z uczestnikami zajęć socjoterapeutycznych czytali wybrane fragmenty książek, wiersze (wykorzystali elementy biblioterapii) lub oglądali filmy (elementy filmoterapii), w których prezentowane treści będą odnosić się do doświadczania wdzięczności, a następnie na podstawie treści, zachowania wdzięcznych bohaterów można odwoływać się i zachęcać do dzielenia się przez uczestników zajęć socjoterapeutycznych własnymi doświadczeniami związanymi z wdzięcznością. W dyskusjach z dziećmi i młodzieżą warto odwoływać się do trzech aspektów pobudzających rozumienie wdzięczności:

1. Korzyści – pytania typu: Jak bardzo pomogło Ci czyjeś działanie, czyjaś pomoc?

2. Koszty – pytania o koszty, np.: Jakie koszty poniosła osoba, która Ci pomogła? Co poświęciła, aby Ci pomóc (czas, pieniądze lub wysiłek)?

3. Intencjonalność – pytania o powód, np.: Jak myślisz, dlaczego ta osoba Ci pomogła?

Dobrymi przykładami pierwszych interwencji opartych na wdzięczności jest odwołanie się do sytuacji dobrze znanych uczestnikom socjoterapii, np. opis sytuacji, w której rówieśnik pożycza koledze w szkole zeszyt albo kiedy dziecko / nastolatek dzieli się czymś z rodzeństwem czy kolegą.

Najprostszą praktyką opartą na rozwijaniu wdzięczności podczas zajęć socjoterapeutycznych, choć może nie jest to takie oczywiste, jest zachęcanie pod koniec zajęć nie tylko do dzielenia się swoimi refleksjami na ich temat

<sup>3</sup> Opracowanie własne na podstawie Emmons i McCullough, 2003; Geier i Morris, 2022.

(co ci się podobało na zajęciach, z czym wychodzisz po zajęciach), ale także do wyrażania wdzięczności poprzez rundkę zaczynającą się od słów „Dziękuję za...”. Podziękowanie w postaci ustnej jest konkretnym behawioralnym przykładem doświadczania wdzięczności.

## Zakończenie

Treningi rozwijania wdzięczności prowadzone są zarówno profilaktycznie, jak i terapeutycznie. W opinii wielu naukowców i praktyków (por. Bono i Fauteux, 2020) szkoły powinny korzystać z bezpłatnych programów i interwencji mających na celu pomaganie uczniom w rozwoju osobistym i społecznym, gdyż przekłada się to na sukces szkolny i osobisty. Takie interwencje pomagają w budowaniu umiejętności społecznych oraz samoświadomości w celu nawiązania lepszych relacji interpersonalnych i odniesienia sukcesu w szkole. W wielu krajach, np. w USA czy w Japonii, nauczyciele w szkołach coraz częściej uczestniczą w programach wspierających zdrowie psychiczne uczniów poprzez pomoc im w ich rozwoju osobistym, w radzeniu sobie z trudnymi emocjami oraz w rozwoju pozytywnych relacji społecznych. Oprócz treningów umiejętności emocjonalnych i społecznych coraz częściej stosuje się pozytywne interwencje psychologiczne oparte na rozwijaniu emocji pozytywnych. Praktykowanie wdzięczności przez dzieci i młodzież jest szczególnie istotne, ponieważ jest to silna społeczno-emocjonalna praktyka wpływająca na dobrostan psychiczny uczestników. Wyższy poziom wdzięczności nastolatek wiąże się z większą motywacją, lepszymi wynikami w nauce, lepszym samopoczuciem w szkole oraz większym zaangażowaniem w zajęcia pozalekcyjne (Ma i in., 2013).

Najnowsze wyniki badań (Baumsteiger i in., 2018) opartych na prowadzeniu interwencji terapeutycznych wśród młodzieży i młodych dorosłych potwierdzają, że istnieją co najmniej trzy rodzaje działań rozwijających poczucie wdzięczności i doceniania („trzy dobre rzeczy”, „korzyści z dziękowania”, „list wdzięczności”).

Naukowe opracowania oparte na badaniach głównie eksperymentalnych dowodzą, że interwencje terapeutyczne polegające na intencjonalnym, świadomym rozwijaniu wdzięczności wśród młodzieży i młodych dorosłych przeprowadzane regularnie przez kilka tygodni przyczyniają się do wzrostu poczucia wdzięczności, szczęścia, nadziei oraz zachowań prospołecznych ukierunkowanych na drugiego człowieka.

W świecie pełnym kłótni, nienawiści i przemocy wprowadzenie interwencji terapeutycznych opartych na wdzięczności będącej jednym z mechanizmów leżących u podstaw odporności na agresję i przemoc może przynieść zdecydowane korzyści dla dobrostanu psychicznego i relacji społecznych wśród młodych uczestników zajęć socjoterapeutycznych. Pamiętajmy, że negatywne emocje, takie jak złość, gniew czy smutek, są silniejsze i trwają dłużej niż emocje pozytywne. W rzeczywistości potrzeba trzech pozytywnych emocji (takich jak wdzięczność), aby zwalczyć jedną negatywną (Fredrickson, 2013). Właśnie dlatego ważne jest stosowanie spójnych praktyk i narzędzi rozwijających emocje pozytywne, takie jak wdzięczność. Praktykowanie wdzięczności jest procesem trudnym i żmudnym, ale opłacalnym, ponieważ może pomóc w utrzymaniu dobrego zdrowia i dobrostanu psychicznego, gdyż często zwraca uwagę ludzi na dobre rzeczy w ich życiu, wzmacniając poczucie nadziei, że w przyszłości będą mieć bardziej pozytywne doświadczenia.

Opisane powyżej interwencje terapeutyczne są coraz bardziej popularne na całym świecie, ponieważ są zarówno skuteczne, jak i łatwe do szerokiego rozpowszechniania. Gorąco zachęcam wszystkich socjoterapeutów praktyków w Polsce do wykorzystywania tego rodzaju interwencji na zajęciach socjoterapeutycznych prowadzonych z dziećmi i młodzieżą.

#### LITERATURA

- Baumsteiger, R., Mangan, S., Cotton Bronk, K., Bono, G. (2019). An integrative intervention for cultivating gratitude among adolescents and young adults. *The Journal of Positive Psychology*, 14(6), 807–819.
- Bono, G., Fauteux, M. (2020). Giving Thanks at School to Promote Equity and Excellence. Pobrano z: [https://www.researchgate.net/publication/348756148\\_Giving\\_Thanks\\_at\\_School\\_to\\_Promote\\_Equity\\_and\\_Excellence](https://www.researchgate.net/publication/348756148_Giving_Thanks_at_School_to_Promote_Equity_and_Excellence) [dostęp: 15.08.2022].
- Bono, G., Mangan, S., Fauteux, M., Sender, J. (2020). A new approach to gratitude interventions in high schools that supports student wellbeing. *The Journal of Positive Psychology*, 15(5), 657–665.
- Bor, W., Dean, A.J., Najman, J., Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 606–616.
- Cregg, D.R., Cheavens, J.S. (2021). Gratitude interventions: Effective self-help? A meta-analysis of the impact on symptoms of depression and anxiety. *Journal of Happiness Studies*, 22(1), 413–445.
- Davis, D.E., Choe, E., Meyers, J., Worthington, E.L., Jr. i in. (2016). Thankful for the little things: A meta-analysis of gratitude interventions. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 20–31.



- DeWall, N., Lambert, N.M., Pond, R.S., Kashdan, T.B., Fincham, F.D. (2012). A Grateful Heart is a Nonviolent Heart: Cross-Sectional, Experience Sampling, Longitudinal, and Experimental Evidence. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 232–240.
- Emmons, R.A., McCullough, M.E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377–389.
- Fredrickson, B.L. (2013). Updated thinking on positivity ratios. *American Psychologist*, 68(9), 814–822.
- Froh, J.J., Bono, G., Fan, J., Emmons, R.A., Henderson, K., Harris, C., Wood, A. (2014). Nice thinking! An educational intervention that teaches children how to think gratefully. *School Psychology Review*, 43, 132–152.
- Froh, J.J., Emmons, R.A., Card, N.A., Bono, G., Wilson, J. (2010). Gratitude and the reduced costs of materialism in adolescents. *Journal of Happiness Studies*, 12, 289–302.
- Froh, J.J., Kashdan, T.B., Ozimkowski, K.M., Miller, N. (2009). Who benefits the most from a gratitude intervention in children and adolescents? Examining positive affect as a moderator. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 408–422.
- Froh, J.J., Sefick, W.J., Emmons, R.A. (2008). Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of School Psychology*, 46, 213–233.
- Geier, M.T., Morris, J. (2022). The impact of a gratitude intervention on mental well-being during COVID-19: A quasi-experimental study of university students. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1.
- Itare, H., O’Sullivan, D. (2019). *Gratitude Intervention: A case Study*. Psychological Society of Ireland Annual Conference, November.
- Killen, A., Macaskill, A. (2015). Using a gratitude intervention to enhance well-being in older adults. *Journal of Happiness Studies*, 16(4), 947–964.
- Koay, S.-H., Ng, A.-T., Tham, S.-K., Tan, C.-S. (2020). Gratitude intervention on Instagram: An experimental study. *Psychological Studies*, 65(2).
- Lambert, N.M., Clarke, M.S., Durtschi, J.A., Fincham, F.D., Graham, S.M. (2010). Benefits of expressing gratitude for the expresser: An examination of gratitude’s contribution to perceived communal strength. *Psychological Science*, 21, 574–580.
- Lasota, A. (2017). *Doświadczanie empatii i wdzięczności a poczucie dobrostanu i sensu życia*. VII Ogólnopolska Konferencja „Bliżej Emocji”, Lublin, 18–19.05.2017.
- Lasota, A. (2018). *Pozytywny wpływ empatii i wdzięczności na ocenę siebie i swojego życia*. III Konferencja Psychologii Pozytywnej, Warszawa, 2–4.07.2018.
- Lasota, A., Koźlik-Rączka, A. (2020). *Postawy rodzicielskie predyktorem empatii, wdzięczności i samooceny młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo UP.
- Lasota, A., Tomaszek, K., Bosacki, S. (2020). Empathy, Resilience, and Gratitude – Does Gender Make a Difference? *Anales de Psicologia*, 36(3), 521–532.
- Lyubomirsky, S. (2008). *Wybierz szczęście. Naukowe metody budowania życia, jakiego pragniesz*. Warszawa: Laurum.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K.M., Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111–131.

- Ma, M., Kibler, J.L., Sly, K. (2013). Gratitude is associated with greater levels of protective factors and lower levels of risks in African American adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(5), 983–991.
- McCullough, M.E., Kilpatrick, S.D., Emmons, R.A., Larson, D.B. (2001). Is gratitude a moral affect? *Psychological Bulletin*, 127, 249–266.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424–443.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P. (2004). *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*. New York: Oxford University Press.
- Rash, J., Matsuba, M.K., Prkachin, K.M. (2011). Gratitude and well-being: Who benefits the most from a gratitude intervention? *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(3), 350–369.
- Rey, L., Quintana-Orts, C., Mérida-López, S., Extremera, N. (2019). Being Bullied at School: Gratitude as Potential Protective Factor for Suicide Risk in Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 10:662.
- Sheldon, K.M., Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 73–82.
- Shi, G., Zhu, W. (2008). The intervention of gratitude and subjective well-being for junior middle school students. *Psychological Exploration*, 28(3), 63–66.
- Smith, L., Jacob, L., Yakkundi, A., McDermott, D., Tully, M.A. i in. (2020). Correlates of symptoms of anxiety and depression and mental wellbeing associated with COVID-19: A cross-sectional study of UK-based respondents. *Psychiatry Research*, 291(113138).
- Sun, P., Sun, Y., Jiang, H., Jia, R., Li, Z. (2019). Gratitude and Problem Behaviors in Adolescents: The Mediating Roles of Positive and Negative Coping Styles. *Frontiers in Psychology*, 10:1547, 1–10.
- Tolcher, K., Cauble, M., Downs, A. (2022). Evaluating the effects of gratitude interventions on college student well-being. *Journal of American College Health*.
- Tsang, J. (2006). Gratitude and prosocial behavior: An experimental test of gratitude. *Cognition and Emotion*, 20(1), 138–148.
- Van Hal, G. (2015). The true cost of the economic crisis on psychological well-being: A review. *Psychology Research and Behavior Management*, 8, 17–25.
- Watkins, P.C., Woodward, K., Stone, T., Kolts, R.L. (2003). Gratitude and happiness: Development of a measure of gratitude, and relationship with subjective well-being. *Social Behavior & Personality*, 31, 431–452.
- Wood, A.M., Froh, J.J., Geraghty, A. (2010). Gratitude and well-being: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30, 890–905.
- Wood, A.M., Joseph, S., Maltby, J. (2008). Gratitude uniquely predicts satisfaction with life: Incremental validity above the domains and facets of the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, 45(1), 49–54.
- Wood, A.M., Joseph, S., Maltby, J. (2009). Gratitude predicts psychological well-being above the Big Five facets. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 443–447.

- Wood, A.M., Maltby, J., Gillett, R., Linley, P.A., Joseph, S. (2008). The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression: Two longitudinal studies. *Journal of Research in Personality*, 42, 854–871.
- Yanhe, D., Ruiyang, X., Yijie, Z., Yi, L., Shi, Y., Xiangping, L. (2019). Counting blessings and sharing gratitude in a Chinese prisoner sample: Effects of gratitude-based interventions on subjective well-being and aggression. *The Journal of Positive Psychology*.



AGNIESZKA JAROS

ORCID: 0000-0001-6044-2503

Uniwersytet Łódzki

## SOCJOTERAPIA Z BAJKĄ – METODYCZNE WSKAZÓWKI PRACY

### Streszczenie

W artykule został podjęty problem zastosowania bajek terapeutycznych w pracy socjoterapeutycznej. Zdefiniowano pojęcie bajki terapeutycznej oraz omówiono rodzaje takich bajek ze względu na ich cel. Przedstawiono również metodyczne wskazówki do samodzielnego przygotowania bajki przez terapeutę z uwzględnieniem profilu odbiorcy bajki oraz doświadczanego przez niego problemu. Podkreślono także walory bajki terapeutycznej, które sprzyjają realizacji celów socjoterapeutycznych, ukierunkowanych na przewartościowanie doświadczeń krytycznych uczestników zajęć i korekcję sądów poznawczych wyniesionych z takich doświadczeń.

**Słowa kluczowe:** bajka terapeutyczna, biblioterapia, doświadczenie krytyczne, korekcja sądów poznawczych, zajęcia socjoterapeutyczne

### SOCIOTHERAPY WITH A FAIRY TALE – METHODOLOGICAL GUIDELINES FOR WORK

### Abstract

The article addresses the problem of using therapeutic fairy tales in sociotherapeutic work. The concept of a therapeutic fairy tale was defined and the types of such fairy tales were discussed due to their purpose. Methodical guidelines for the therapist's own preparation of fairy tales, taking into account the profile of the fairy tale recipient and the problem experienced by him, were also presented. In addition, the article highlights the issues of the qualities of the therapeutic fairy tale, which are conducive to the realization of sociotherapeutic goals aimed at reevaluating the critical experiences of class participants and correcting the cognitive judgments made from such experiences.

**Keywords:** therapeutic fairy tale, bibliotherapy, critical experience, correction of cognitive judgments, sociotherapeutic activities

## Wstęp

Od niepamiętnych czasów ludzie przekazywali sobie historie o świecie, przyrodzie i innych osobach w postaci różnych opowieści, które oprócz wartości informacyjnych i dostarczania wiedzy pełniły również funkcje lecznicze. Ponoć już Szeherazada opowiadała sułtanowi historie, by wyleczyć go z depresji (Bolińska, 2008), a przed wejściem do Biblioteki Aleksandryjskiej już w czasach starożytnych widniał napis *Psyches iatreion* (sanatorium dla umysłu) (Wichowa, 2013). Współcześnie terapeutyczne właściwości literatury wykorzystywane są przede wszystkim w biblioterapii, w której przez kontakt z lekturą (np. z bajką czy legendą) doprowadza się do zmian psychologicznych odbiorcy, wspiera jego rozwój i samorealizację. Specyficzną odmianą biblioterapii jest bajkoterapia, której szczególnie cenną wartością jest jej charakter sprzyjający afirmacji życia (Szczepanik i Jaros, 2016). Według Bettelheima (2010) niezaprzeczalnym walorem terapeutycznym bajki jest to, że opisuje doświadczenia, które pomagają rozwijać charakter odbiorcy, eksternalizuje wewnętrzne procesy zachodzące w nim i pomaga znaleźć rozwiązania w trudnej sytuacji. Bajki dają także nadzieję na osiągnięcie dobrego życia pomimo codziennych trudności. Podstawowym założeniem większości bajek jest walka bohatera z przeciwnościami losu. Tym samym bajka może ułatwić identyfikację zadań rozwojowych i zmagania, które pojawiają się w trakcie życia. Choć kojarzy nam się z dziecięcym odbiorcą, jest nośnikiem informacji dla osób w każdym wieku, w tym szczególnie dla osób o specjalnych potrzebach (Brown, 2007). Terapeutyczne walory bajki znalazły zastosowanie w pracy psychologów, pedagogów, nauczycieli, wychowawców i socjoterapeutów.

W artykule odwołam się do szczególnego narzędzia wykorzystywanego w pracy socjoterapeutycznej, jakim jest bajka terapeutyczna. Postaram się udzielić odpowiedzi na pytania: Czym jest bajka terapeutyczna? Jakie rodzaje bajek terapeutycznych się wyróżnia? Jak przygotować bajkę, którą można wykorzystać w pracy socjoterapeutycznej?

### Bajka a bajka terapeutyczna – ustalenia definicyjne

Zgodnie z definicją zawartą w *Encyklopedii PWN* (2022) bajka to utwór epicki pisany prozą lub wierszem, czasem o charakterze satyrycznym, w którym zawarta jest nauka moralna. Może mieć ona formę rozbudowaną – wówczas mówimy o bajkach narracyjnych – lub zwartą i zwięzłą – wtedy jest to bajka

epigramatyczna. Takie tradycyjne rozumienie bajki ma niewiele wspólnego z bajkami wykorzystywanymi w bajkoterapii. W odniesieniu do opowiadań tworzonych w celach terapeutycznych powszechnie używane jest pojęcie bajki terapeutycznej, która w odróżnieniu od innych form bajek jest opowiadaniem fantastycznym z fabułą zawierającą sytuacje wzbudzające niepokój (Molicka, 2002a). Traktowana jest także jako historia z życia wzięta, która koncentruje się na jednej konkretnej sytuacji trudnej (Witkowska-Tomaszewska, 2019) i której podstawowym zadaniem jest nauka odpowiednich zachowań (Bołińska, 2008).

Zazwyczaj bajka terapeutyczna oddziałuje na trzy poziomy funkcjonowania jej adresata. Poziom poznawczy i emocjonalny bezpośrednio prezentowane w bajce mogą oddziaływać na zachowanie odbiorcy, czyli poziom behawioralny. Na poziomie poznawczym treści bajek umożliwiają poznanie myśli, sądów czy przekonań dotyczących doświadczenia krytycznego. Na tym poziomie ukazywane są również nowe sposoby interpretowania trudnych doświadczeń, co umożliwia wypracowanie strategii zaradczych. Uświadomienie sobie zarówno przyczyn, jak i skutków zachowania sprzyja racjonalności działania (Molicka, 2022). Komponent afektywny w bajce ułatwia emocjonalne zaangażowanie się w uczucia, jakich doświadczają bohaterowie, i uwrażliwia adresatów bajki na zło, niesprawiedliwość czy ból. Połączenie aspektów poznawczych i emocjonalnych powoduje określone działania, tym samym bajka na poziomie behawioralnym może służyć jako model czy wzorzec określonych zachowań.

## Rodzaje bajek terapeutycznych

W literaturze przedmiotu wymieniane są trzy rodzaje bajek terapeutycznych: relaksacyjne, psychoedukacyjne i psychoterapeutyczne.

Bajki relaksacyjne sprzyjają wyciszeniu i uspokojeniu. Wprowadzają odbiorcę w stan odprężenia. Wykorzystywana jest w tym celu wizualizacja przywołująca pożądaną stany emocjonalne. Bohaterami bajek relaksacyjnych są zazwyczaj przedstawiciele świata zwierząt lub roślin. W tego typu bajkach przywoływane jest miejsce, które dla odbiorcy jest znane i przyjazne. W takim miejscu odbiorca doświadcza radości i przepływu energii oczyszczającej z napięć i nieprzyjemnych emocji. Przy konstruowaniu bajek relaksacyjnych uwzględnia się wszystkie kanały zmysłowe (kanał wzrokowy, słuchowy, kinestetyczno-ruchowy). Tym samym w bajce relaksacyjnej można

„zobaczyć” np. barwy, „usłyszeć” np. szum morza i „poczuć” ciepło, ruch itp. Osoba opowiadająca bajkę powinna być zrelaksowana i rozluźniona, jej głos zaś cichy i ciepły. Bajka taka jest zwykle utworem krótkim, opowiadany bez pośpiechu, z uwzględnieniem koniecznych przerw, tak aby można było zwizualizować podawaną treść (Molicka, 2002b).

Natomiast bajka psychoedukacyjna ma na celu wprowadzanie zmian w zachowaniu jej odbiorcy. Sprzyja poszerzeniu samoświadomości czytelnika poprzez ukazanie nowych kontekstów interpretowania sytuacji trudnych i reagowania emocjonalnego na takie sytuacje. Tym samym ma ona również walory profilaktyczne. W bajce psychoedukacyjnej problemy bohatera i odbiorcy bajki powinny być zbliżone. Podstawowym środkiem stylistycznym wykorzystywanym w tego rodzaju bajkach jest metafora, którą słuchacz interpretuje indywidualnie, dzięki temu może sam konstruować własną strategię rozwiązania trudności (z wykorzystaniem treści zawartych w bajce) (Molicka, 2002b).

Bajka psychoterapeutyczna służy przede wszystkim redukowaniu napięć i trudnych emocji wywołanych niekorzystnymi doświadczeniami. Słuchacz zdobywa wiedzę o swoich emocjach, sposobie myślenia i samopoczuciu, co umożliwi mu dokonanie wglądu w siebie i przewartościowanie trudnego doświadczenia. Fabuła jest rozbudowana i ściśle koresponduje z trudnym doświadczeniem odbiorcy. W bajce psychoterapeutycznej można odnaleźć elementy baśni (postacie baśniowe) i bajki psychoedukacyjnej. Mechanizmem oddziaływania jest przede wszystkim naśladowanie, identyfikacja, odwołanie i asymilacja wiedzy (Jakubczyk, 2013). Aby stworzyć dobrą bajkę psychoterapeutyczną, w której słuchacz zidentyfikuje się z głównym bohaterem, trzeba wcześniej poznać przyczyny doświadczanych przez odbiorcę bajki trudności (tylko wtedy spełni ona swoją terapeutyczną rolę) (Witkowska-Tomaszewska, 2019).

Bajka terapeutyczna jest najczęstszym narzędziem wykorzystywanym w ramach biblioterapii, która stanowi specyficzny rodzaj arteterapii. Korzysta z niej wielu specjalistów, m.in. psychologowie, psychoterapeuci, pedagodzy, wychowawcy klas, lekarze itp. Bajka terapeutyczna ma również ogromne walory terapeutyczne w pracy socjoterapeutycznej. Ponieważ socjoterapia jest metodą pracy i jednocześnie procesem, w obrębie którego dokonują się zakładane zmiany terapeutyczne (psychokorekcyjne), bajka w pracy socjoterapeutycznej jest doskonałym narzędziem sprzyjającym realizacji głównego celu socjoterapeutycznego ukierunkowanego na przewartościowanie doświadczeń krytycznych uczestników zajęć socjoterapeutycznych i korekcję sądów poznawczych wyniesionych z takich doświadczeń (Szczepanik i Jaros, 2016). Bajka terapeutyczna tworzy także podwaliny do realizacji celów



terapeutycznych (sprzyja łagodzeniu lub wyeliminowaniu zaburzeń poprzez odreagowanie i dostarczenie korektywnego doświadczenia emocjonalnego), psychoedukacyjnych (umożliwia zdobywanie i wzmacnianie samoświadomości, wyposaża w wiedzę) oraz rozwojowych (stwarza warunki do odkrywania własnych potencjałów, mocnych stron itp.).

## Metodyczne wskazówki do pracy z bajką w socjoterapii

Punktem wyjścia do realizacji celów socjoterapeutycznych z wykorzystaniem bajki jest staranny dobór jej treści. Socjoterapeuta, wybierając lub przygotowując bajkę samodzielnie, powinien uwzględnić w niej następujące kwestie:

- problem, z jakim boryka się uczestnik zajęć, oraz płaszczyzny i źródła urazu, jego uwarunkowania, mechanizmy i przebieg, a przede wszystkim jego destrukcyjne sądy poznawcze wynikające z doświadczenia krytycznego;
- cel jego oddziaływań (np.: obniżenie lęku, kształtowanie aktywnej postawy wobec doświadczanego problemu, werbalizowanie potrzeb, stanów emocjonalnych, dążeń, przeciwdziałanie osamotnieniu w sytuacji problemowej itp.);
- wiek odbiorcy bajki i jego poziom rozwoju;
- właściwości osobowe, w tym płeć adresata bajki.

Przygotowując treść bajki, powinno się unikać w niej dosłowności, zarówno wobec elementów stresogennych, jak i samego problemu, z jakim boryka się uczestnik zajęć. Zbyt dosłownie przedstawiony bohater bajki może zostać odebrany jako próba ośmieszenia uczestnika, tym samym jego destrukcyjne sądy poznawcze zostaną wówczas wzmocnione i potwierdzone. Aby uniknąć takiej sytuacji, w bajce wykorzystuje się metaforę, która jest czytelna dla osób zainteresowanych określoną problematyką. To właśnie brak dosłowności w bajkach umożliwia odbiorcom samodzielną analizę metafory i głęboką pracę psychologiczną sprzyjającą rozwiązaniu problemu. Warto pamiętać o tym, że nie każda bajka w socjoterapii będzie dla każdego uczestnika miała walor terapeutyczny, co nie znaczy, że takie zajęcia będą pozbawione sensu. Bajka oprócz celów terapeutycznych, jak wcześniej wspomniano, realizuje również cele psychoedukacyjne, rozwojowe i wychowawcze (Szczepanik i Jaros, 2016).

Dobra bajka terapeutyczna ma ściśle określoną strukturę, odpowiednio zarysowane postacie, dialogi oraz elementy, w których ulokowane są czynniki terapeutyczne. Konstrukcja takiej bajki powinna zawierać następujące elementy:

- bohater bajki znajduje się w niekorzystnej sytuacji i doświadcza wielu trudnych uczuć; boi się, cierpi, jest nieszczęśliwy (przykre uczucia są werbalizowane w postaci wewnętrznego monologu bohatera);
- postacie bajkowe / baśniowe (życzliwi bohaterowie), jak i rozwój zdarzeń pomagają bohaterowi bajki zracjonalizować jego trudną sytuację;
- bohater jest motywowany do działania przez wprowadzone do opowiadania postacie bajkowe, które zachęcają go do osiągnięcia sukcesu, uczą myślenia w kategoriach: mogę, potrafię, chcę, poszukuję rozwiązań, nie boję się, ale nie rozwiązuję sytuacji trudnej za bohatera bajki; postacie bajkowe mobilizują do walki – tym samym główny bohater nigdy nie jest bierny, działa, próbuje nowych rozwiązań;
- bohater niekoniecznie odnosi sukces za pierwszym razem, czasami jego działania kończą się porażką, ale nie poddaje się, próbuje kolejny raz; ostatecznie sytuacja trudna zostaje skutecznie rozwiązana przez bohatera – zdobywa on nowe kompetencje i umiejętności, które umożliwią mu poradzenie sobie z doświadczanymi trudnościami, tym samym jego sytuacja psychologiczna, jak i zachowanie się zmieniły; bajka nie może kończyć się morałem, ale opisem radości i satysfakcji doświadczanej z poradzenia sobie z przeciwnościami.

Jak już wcześniej wspomniano, nie należy spodziewać się, że każda bajka musi działać. Niektóre z nich nie spełnią swojego podstawowego celu, ale nie znaczy to, że zajęcia socjoterapeutyczne są stracone. Bajka prócz celów terapeutycznych ma inne walory. Co więcej, można ją stosować wobec osób, co do których mamy podejrzenie o istniejącym problemie, ale towarzyszy nam wysoka niepewność i niejasność sytuacji. Wówczas, jeśli nasze podejrzenia okażą się słuszne, treść bajki może ośmielić uczestnika zajęć i zachęcić do otwartości.

Na zakończenie omówione zostaną mechanizmy oddziaływania bajki terapeutycznej, czyli to, w jaki sposób dokonuje się wgląd w siebie, oraz to, co może sprzyjać przemianie psychologicznej odbiorcy bajki. Ponieważ bajka jako narzędzie do pracy socjoterapeutycznej może być tworzona samodzielnie, fazy procesu biblioterapeutycznego (identyfikacji, projekcji, katharsis i wglądu) zostaną opatrzone komentarzami pozwalającymi na samodzielne konstruowanie materiałów do pracy socjoterapeutycznej z zastosowaniem tego narzędzia. Zostały one opisane poniżej (Szczepanik i Jaros, 2016).

Faza identyfikacji – identyfikacja jest warunkiem koniecznym i niezbędnym do uruchomienia procesu przemiany psychologicznej. To właśnie ten moment będzie decydował o pomyślności działania bajki terapeutycznej.

W fazie identyfikacji u odbiorcy bajki powinno uruchomić się myślenie: on / ona jest taki / taka jak ja; ja jestem taka / taki jak ona / on. Uruchomieniu takiego myślenia sprzyjają podobieństwa między odbiorcą i bohaterem bajki. Jej adresat musi poczuć bliskość oraz podobieństwo fizyczne, mentalne i sytuacyjne. Przygotowując fabułę bajki, można do identyfikacji wykorzystać np. zwierzęta. Jeśli adresatem jest dziewczynka, dobrze, żeby główną bohaterką bajki była myszka (a nie szczur) i żeby miała cechy, z którymi łatwo będzie się utożsamić. Kiedy bajka adresowana jest do grupy osób, to w szczególności trzeba zadbać o warunki do identyfikacji. Dobrze, żeby wówczas bohaterowie bajki terapeutycznej mieli różne cechy, z którymi odbiorcy bajki będą mogli się zidentyfikować. Jednocześnie istotne jest, żeby główni bohaterowie nie byli nadmiernie upodobnieni do adresatów bajki.

Faza projekcji – na tym etapie odbiorca bajki terapeutycznej odkrywa podobieństwo mentalne z głównym bohaterem, a sytuacja przedstawiana w bajce jest także jego doświadczeniem. Bohater bajki przeżywa sytuację trudną pod względem emocjonalnym (doświadcza smutku, wstydu czy lęku). Warto pamiętać o tym, że w jednej bajce bohater powinien zmagać się z jedną sytuacją trudną (mimo że adresaci bajki często borykają się z licznymi przeciwnościami losu, to w jednej bajce poruszamy tylko jedno trudne doświadczenie – kolejne będą tematami następnych bajek). Wraz z rozwojem akcji bajki terapeutycznej przy wykorzystaniu monologów głównego bohatera oraz dzięki rozmowom, jakie toczą się z bajkowymi postaciami i pomiędzy nimi, adresat bajki uruchamia w sobie następujące myślenie: ja czuję to samo, co on / ona; wiem, co on / ona czuje; ja znam to uczucie.

Faza oczyszczenia – na tym etapie główny bohater bajki nazywa problem, racjonalizuje go i podejmuje decyzje o działaniu na rzecz zmiany swojej sytuacji. We wszystkich tych poczynaniach towarzyszą mu i pomagają bajkowe postacie. To one w dużej mierze zmieniają perspektywę widzenia rzeczywistości problemowej. Bohater bajki terapeutycznej, dzięki swojej aktywności i dzięki bajkowym postaciom, uczy się nowych sposobów rozwiązywania sytuacji trudnych i zdobywa nowe umiejętności. Zmianie ulega także sposób myślenia o trudnym doświadczeniu oraz komunikowania swoich potrzeb i trudności. Dotychczasowe „nie potrafię” zmienia na „spróbuję”, „nikt mnie nie lubi” na „mogę być atrakcyjny dla innych” itp. Bajkowy bohater konfrontuje się z przeciwnościami, stawia im czoło, doświadcza porażek, ale się nie poddaje. Pomimo niepowodzeń poszukuje kolejnych rozwiązań. Śledzenie przemian bohatera i jego przeżyć wpływa na adresata bajki. Dokonuje się w nim swoista przemiana, której istotą jest „odkrycie” i towarzyszące mu silne przyjemne emocje

(katharsis) – „ja mogę tak zrobić, właśnie tak, jak ona / on zrobiła / zrobił”. To właśnie na tym etapie pojawia się wiara w zmianę, oczyszczenie z niemocy i beznadziei. Sprzyja temu pozytywne zakończenie bajki terapeutycznej, pełne sukcesu, euforii i satysfakcji doświadczanej przez bohatera. Tym samym zakończenie bajki jest niezwykle istotne i powinno mu towarzyszyć odpowiednie werbalizowanie przeżywanych pozytywnych stanów emocjonalnych.

Faza wglądu – wgląd w siebie polega na uzyskaniu nowej wiedzy o sobie oraz podejmowaniu prób włączenia jej do całokształtu życiowych doświadczeń. Na tym etapie adresat bajki terapeutycznej doszukuje się punktów stycznych i analogii w przeżyciach głównego bohatera bajki i swoich. Dominują wówczas uczucie przynależności, rozumienia innych i siebie, akceptacja oraz włączenie nowych wartości i celów do własnego życia.

Wglądowi psychologicznemu musi towarzyszyć (zazwyczaj silne) przeżycie emocjonalne. Skutkuje to zrozumieniem i akceptacją nowych celów i włączeniem ich do swojego systemu wartości. Na poziomie intelektualnym wgląd objawia się zdobyciem nowej wiedzy o prawidłowościach psychologicznych i regułach życia społecznego oraz powiązaniem ich z własnym trudnym doświadczeniem. Natomiast na poziomie społecznym wiedza o sobie dotyczy związków przyczynowo-skutkowych i usytuowania swoich problemów w obrębie relacji z innymi osobami.

W procesie socjoterapeutycznym wykorzystującym bajkę terapeutyczną jako narzędzie pracy zazwyczaj prezentowana jest ona na zakończenie zajęć. Należy jednak pamiętać, że rola socjoterapeuty kończy się wraz z prezentacją bajki. Nie stymuluje on przemiany psychologicznej dziecka poprzez zadawanie pytań, inicjowanie rozmowy o bohaterze czy polecenie malowania postaci. Proces terapeutyczny dokonuje się w samym odbiorcy bajki, w jego wyobraźni. Istotą bajki terapeutycznej jest właśnie to, że proces przemiany psychologicznej dokonuje się samodzielnie, bez stymulacji czy zewnętrznej ingerencji socjoterapeuty.

## Zakończenie

Bajka terapeutyczna w pracy socjoterapeutycznej jest ważnym narzędziem sprzyjającym realizacji celów socjoterapeutycznych, ukierunkowanych na przewartościowanie doświadczeń krytycznych uczestników zajęć i korekcję sądów poznawczych wyniesionych z takich doświadczeń. Niewątpliwie bardzo dobra znajomość uczestników zajęć ułatwia socjoterapeucie adekwatny

dobór bajek, jak również sprzyja tworzeniu bajek „szytych na miarę”. Autorem bajek terapeutycznych może być każdy z nas, wystarczy jedynie pamiętać o strukturze i zasadach ich konstruowania. Dobrze skonstruowana bajka terapeutyczna jest bezpiecznym narzędziem pracy. Oczywiście bajka w pracy socjoterapeutycznej nie stanowi złotego środka, który zadziała zawsze, wszędzie i na każdego, ale warto po nią sięgać, gdyż oprócz wartości terapeutycznej ma walory relaksacyjne, psychoedukacyjne i dydaktyczne.

#### LITERATURA

- Bettelheim, B. (2010). *The Uses of Enchantment: The Meaning and Importance of Fairy Tale*. New York: Vintage Books.
- Bolińska, M. (2008). Właściwości ludyczne opowiadań i bajek terapeutycznych (na wybranych przykładach). *Napis*, seria XIV, 447–460.
- Brown, N.W. (2007). The Therapeutic Use of Fairy Tales with Adults in Group Therapy. *Journal of Creativity in Mental Health*, 2(4), 89–96.
- Encyklopedia PWN (2022). *Bajka* [hasło]. Pobrano z: <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/bajka;3873437.html> [dostęp: 13.09.2022].
- Jakubczyk, K. (2013). Bajka jako metoda pracy z dzieckiem w wieku przedszkolnym. *Nauczyciel i Szkoła*, 1(53), 249–258.
- Molicka, M. (2002a). Bajka terapeutyczna. *Remedium*, 7–8, 18–19.
- Molicka, M. (2002b). *Bajkoterapia. O lękach dzieci i nowej metodzie terapii*. Poznań: Media Rodzina.
- Molicka, M. (2022). *Bajki terapeutyczne*. Poznań: Media Rodzina.
- Szczepanik, R., Jaros, A. (2016). *Techniki socjoterapeutyczne w pracy z dzieckiem agresywnym*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Wichrowa, M. (2013). Elementy biblioterapii w literaturze polskich epok dawnych: rekonesans historyczno-literacki. *Acta Universitates Lodziensis. Folia Librorum*, 17, 49–66.
- Witkowska-Tomaszewska, A. (2019). Bajka terapeutyczna jako narzędzie wspomagające pracę wychowawczą nauczyciela. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 2, 14–26.



BARBARA JANKOWIAK

ORCID: 0000-0002-7660-2070  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

EMILIA SOROKO

ORCID: 0000-0003-3527-1698  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

# JAKOŚCIOWA ANALIZA AUTONARRACJI SOCJOTERAPEUTÓW NA TEMAT PROBLEMÓW NASTOLETNIICH UCZESTNIKÓW GRUP I PRZEBIEGU SOCJOTERAPII

## Streszczenie

Celem przedstawianych badań było przyjrzenie się – z perspektywy opowieści socjoterapeutów – kluczowym problemom, jakie mają uczestnicy i uczestniczki grup, oraz sposobom opowiadania o oddziaływaniach (jako takich, które się powiodły, nie udały, czy może takich, w których niewiele się zmieniło mimo interwencji). Zanalizowano 17 autonarracji socjoterapeutów na temat doświadczeń własnych w pracy socjoterapeutycznej. Najpierw dokonano indukcyjnej analizy treści i kategoryzacji problemów uczestników grup. W drugiej kolejności metodą dedukcyjnej analizy narracji, w której kategorii wcześniej były zdefiniowane, określono przy pomocy sędziów kompetentnych typ autonarracji (progresywna, regresywna lub stabilna). Przeprowadzona analiza pozwoliła na wyróżnienie języka opisu problemów: nozologicznego (objawowego), psychologicznego o mocy wyjaśniającej, atrybucyjnego (cechy relatywnie trwałe) i behawioralnego (koncentracja na zachowaniach). Problemy prezentowane były jako ulokowane w jednostce, rodzinie lub grupie. Opisano trzy trajektorie przebiegu socjoterapii: progresywną, gdy oddziaływania zbliżają do celu; regresywną, gdy oddziaływania oddalają się od celu; stabilną, gdy oddziaływania nie wywołują efektu. Zestawienie obrazu problemów ze sposobem opowiadania o nich pokazuje, że psychologiczny język opisu problemów łączy się ze stosowaniem narracji stabilnej, podczas gdy w przypadku narracji progresywnych i regresywnych jest on niespecyficzny. Te wstępne wnioski odniesione są do diagnozowania w socjoterapii.

**Słowa kluczowe:** socjoterapia, socjoterapeuci, młodzież, problemy uczestników grup socjoterapeutycznych, proces pomagania

## QUALITATIVE ANALYSIS OF SOCIOTHERAPISTS' SELF-NARRATIVES ABOUT THE PROBLEMS OF ADOLESCENT GROUP PARTICIPANTS AND THE PROGRESS OF SOCIOTHERAPY

### Abstract

The aim of the research presented here was to examine, from the perspective of sociotherapists' narratives, the primary issues encountered by group participants and how sociotherapists narrate their interactions – whether they succeeded, failed, or resulted in little change despite the intervention. We analyzed self-narratives from seventeen sociotherapists regarding their own experiences in sociotherapeutic work. In the first step, we conducted an inductive content analysis and categorized the problems of the group participants. In the second step, we determined the type of self-narration (progressive, regressive, or stable) with the assistance of qualified assessors using the deductive method of narrative analysis, with predefined categories. The analysis allowed us to identify different ways of describing problems: nozological (symptomatic), psychological one with explanatory power, attributional (relatively stable characteristics), and behavioral (focusing on behavior). These problems were presented as being located within the individual, family, or group. We described three trajectories of sociotherapy: progressive, in which interactions move closer to the goal; regressive, in which interactions move away from the goal; and stable, in which interactions have no effect. Comparing the portrayal of problems with the way problems are narrated revealed that the use of psychological language in describing problems is associated with the use of stable narratives, while it is less specific in the case of progressive and regressive narratives. These initial findings are relevant to the diagnosis in sociotherapy.

**Keywords:** sociotherapy, sociotherapists, adolescents, problems of sociotherapy group participants, helping process

## Wstęp

Socjoterapia jako grupowa forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej ukierunkowana jest na młodzież z grup zwiększonego ryzyka powstania psychopatologii oraz na osoby już przejawiające zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym (Jankowiak i Soroko, 2021). Socjoterapeuci i socjoterapeutki rozpoznają więc problemy, których doświadczają uczestnicy prowadzonych przez nie grup, prowadząc zarówno podczas kwalifikacji, jak i w trakcie trwania pracy socjoterapeutycznej proces diagnozy, do którego efektów dopasowują stosowane interwencje.

Główne problemy osób kwalifikowanych do socjoterapii zgodnie z literaturą to dezadaptacyjne zachowania oraz niektóre zaburzenia emocjonalne (Jagięła, 2007). W odniesieniu do problemów rodzin uczestników grup wymienia się najczęściej uzależnienie rodziców od środków psychoaktywnych (Jankowiak i Soroko, 2021, 2014). Problemy te ujmują się często w terminach zaburzeń



psychicznych, zaburzeń zachowania czy też zaburzeń rozwoju, posługując się klasyfikacjami psychiatrycznymi, takimi jak np. ICD-10 (por. Marcelli, 2013; Cierpiałkowska, 2007; Cierpiałkowska i Grzegorzewska, 2020). Używanie terminów psychopatologicznych wynikać może z wykształcenia prowadzących grupy (np. psychologia kliniczna, psychiatria, szkolenia podyplomowe z psychologii klinicznej lub psychoterapii) i co za tym idzie – znajomości kategorii diagnostycznych, dostępu do dokumentacji medycznej (gdzie jednostki chorobowe zostały oznaczone przez innych specjalistów) (Jankowiak i Soroko, 2021, 2014).

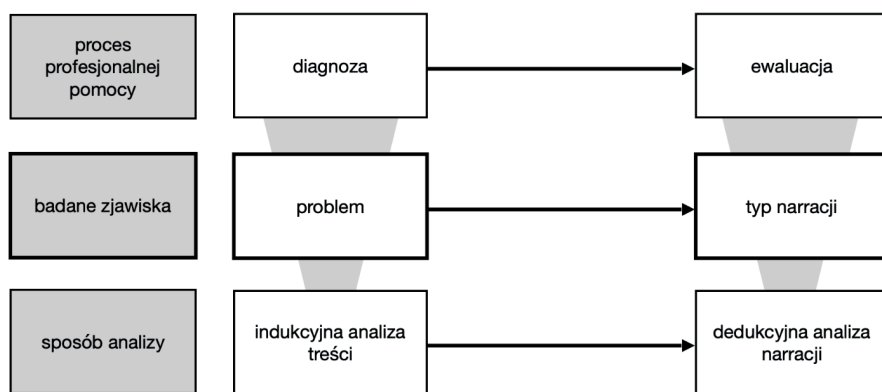
W literaturze przedmiotu problemy doświadczane przez uczestników grup opisywane są także w odniesieniu do dominujących problemów relacyjnych. Popularność diagnozowania ukierunkowanego na identyfikację problemów funkcjonowania w relacjach interpersonalnych wywodzi się z propozycji Strzemiecznego (Strzemieczny, 1988). Autor ten zachęcał do opisu zaburzeń w relacjach interpersonalnych w kategoriach konfliktów między podmiotem a następującymi systemami: ja–dorośli (np. rodzice, nauczyciele), ja–rówieśnicy (np. koledzy), ja–sytuacje zadaniowe (np. zadania w szkolne) oraz ja–ja (np. samoocena, obraz siebie). Akcentując funkcjonowanie uczestnika / uczestniczki wobec ważnych wyzwań i osób, współbrzmi z celami większości programów socjoterapeutycznych, które odnoszą się do kształtowania umiejętności interpersonalnych i adekwatnej, pozytywnej samooceny (Sawicka, 1999). Zaletą takiej konceptualizacji problemów uczestników jest jej naturalność (grupa socjoterapeutyczna dostarcza obserwacyjnych danych na temat funkcjonowania w wielu typach relacji) oraz praktyczność i stosunkowa łatwość zastosowania (gdyż odnosi się ona do codziennego i znajomego sposobu opisywania funkcjonowania).

Diagnozowanie problemów uczestników grup może też wykraczać poza opis zaburzeń oraz zdrowia i odnosić się do wyjaśniania patomechanizmu i genezy zaburzeń (model patogenetyczny) oraz wyjaśniania mechanizmu zdrowia oraz genezy zdrowia (model salutogenetyczny) (Cierpiałkowska i Sęk, 2005). Stanowi więc odpowiedź na pytanie: jakie są przyczyny jej zaburzonego i zdrowego funkcjonowania? (Jankowiak i Soroko, 2021). Taka diagnoza wyjaśniająca, najbardziej przydatna w konceptualizacji przypadku w socjoterapii, opiera się na założeniach teoretycznych, najczęściej paradygmatycznych (psychodynamicznych, poznawczo-behawioralnych, humanistycznych, systemowych) lub integracyjnych (Cierpiałkowska, Sęk i Soroko, 2016). Ustalenia dotyczące mechanizmu i przyczyn stanu aktualnego pozwalają w sposób częściowy (np. tylko w obszarze tzw. diagnozy negatywnej, czyli skoncentrowanej na zaburzeniach) lub całościowy (włączając diagnozę pozytywną, związaną

z czynnikami i mechanizmami zdrowia) zrozumieć osobę diagnozowaną i zbudować pewien model roboczy relacji między trudnościami a ich przyczynami, uwarunkowaniami bliskimi i dalszymi oraz szeroko rozumianym kontekstem. Celem konceptualizacji przypadku jest wybranie najwłaściwszego sposobu postępowania terapeutycznego zaakceptowanego przez uczestnika oraz jego rodziców (opiekunów) (Cierpiałkowska, Soroko i Grzegorzewska, 2020). Proces ten jednak nie kończy się wyborem metody pomocowej czy celu grupy socjoterapeutycznej, lecz jest kontynuowany podczas oddziaływań socjoterapeutycznych w procesie pracy z grupą (Jankowiak i Soroko, 2021). Tworzenie takiej spójnej diagnozy wyjaśniającej w ramach konceptualizacji przypadku jest jednym z najbardziej wymagających zadań profesjonalnych, związanych z praktycznym wykorzystaniem wiedzy z zakresu psychologii klinicznej, dlatego może, ale nie musi być przez socjoterapeutów / socjoterapeutki wykorzystywane.

Powyższy przegląd nie wyczerpuje tematu spostrzegania, opisywania, a co za tym idzie – rozumienia problemów uczestników / uczestniczek socjoterapii przez pracujących z nimi socjoterapeutów. Co więcej, sądzimy, że wiedza o tym, jaki obraz problemów dzieci i młodzieży wyłania się z opisów codziennych doświadczeń socjoterapeutów / socjoterapeutek, pozwoli lepiej zrozumieć ich działania pomocowe.

Celem niniejszych badań jest przyjrzenie się – z perspektywy opowieści socjoterapeutów – problemom, jakie mają adolescenti, oraz sposobom opowiadania o oddziaływaniach (jako takich, które się powiodły, nie udały, czy może takich, w których niewiele się zmieniło mimo interwencji) (rys. 1).



Rys. 1. Wyodrębnione zjawiska dotyczące procesu profesjonalnej pomocy w socjoterapii i sposób ich badania

Szczegółowe pytania badawcze można uporządkować tak: 1) jakie grupy problemów adolescentów (uczestników) pojawiają się w dostarczanych przez socjoterapeutów opowiadaniach o doświadczeniach z pracy socjoterapeutycznej, 2) w jaki sposób prowadzone są opowieści o socjoterapii pod względem realizacji pożądanego celu, czyli jakie typy autonarracji (progresywne, regresywne, stabilne) można zidentyfikować, 3) czy można powiązać te elementy w znaczące zestawienia, które pozwolą nam powiedzieć więcej o procesie pomocowym (trajektorie procesów pomocowych w socjoterapii). Badania mają zatem głównie charakter opisowy, co na tle dopiero rozwijającej się wiedzy empirycznej o socjoterapii jest ciągle uzasadnione i pożądane.

## Metody

### Projekt badawczy

Prezentowane badania powstały w ramach większego projektu, którego głównym tematem było postrzeganie współczesnej młodzieży przez wychowawczynie i wychowawców oraz socjoterapeutki i socjoterapeutów (Jankowiak, 2017). Problem tutaj poruszany dotyczy sposobu postrzegania przez socjoterapeutów / socjoterapeutki problemów uczestników i uczestniczek socjoterapii oraz procesu pomagania w socjoterapii, która jako forma profesjonalnej pomocy obejmuje wiele intencjonalnych oddziaływań socjoterapeutów / socjoterapeutek.

Badanie prowadzono w ujęciu konstruktywistycznym pozwalającym na koncentrację na znaczeniach, jakie socjoterapeuci nadają własnej pracy, oraz na tym, jak postrzegają uczestników (adolescentów). Założono, że uzyskane opowieści (autonarracje – ustrukturowane narracyjnie wypowiedzi autobiograficzne) na temat pracy zawodowej z młodzieżą w ramach socjoterapii dają dostęp do zindywidualizowanego obrazu młodzieży i jej problemów, a także do prób refleksji socjoterapeutów nad zakresem i skutkami powodzenia prowadzonych oddziaływań. Nie traktujemy zebranych danych jako wiedzy obiektywnej o trudnościach dzieci i młodzieży korzystających z socjoterapii. Jest to raczej wiedza o sposobie, w jaki socjoterapeuci postrzegają, opisują problemy uczestników i przebieg socjoterapii. Tę perspektywę socjoterapeuty jako profesjonalnego praktyka uznajemy za ważną, ponieważ to od obrazu (spostrzegania) zarówno młodzieży, jak i podejmowanych przez siebie działań w zawodzie zależy m.in. dopasowanie działań do problemu, nasilenie

poczucia obciążenia, rodzaj wyzwań, jakie niesie ta praca, a w efekcie skuteczność socjoterapii jako formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Nie skupiamy się tutaj na deklaracjach socjoterapeutów, ale na podstawie dostarczonych opowieści próbujemy dowiedzieć się więcej o sposobach rozumienia problemów uczestników oraz przebiegu procesu socjoterapii i przez to wpłynąć na lepsze rozumienie tej formy pomocy.

Podsumowując, proponowane podejście: 1) ukierunkowane jest na doświadczanie procesu socjoterapii, badane jest z indywidualnej perspektywy socjoterapeuty, 2) wykorzystuje jakościowe metody zbierania danych (wywiady pogłębione z bodźcem autonarracyjnym), 3) wykorzystuje metody analizy treści (zarówno dedukcyjnej, jak i indukcyjnej) w odniesieniu do autonarracji z własnego doświadczenia pracy zawodowej. Jakościowe metody zbierania danych oraz ich analizy są odpowiednie przy opisowych pytaniach badawczych i eksploracji wciąż nowego badawczo obszaru socjoterapii.

W przedstawianym projekcie główny zespół badawczy stanowiły autorki tego tekstu: ES i BJ. Nasza współpraca przebiega w ramach wydziałowej grupy badawczej Psychologiczno-Pedagogiczne Aspekty Socjoterapii zarejestrowanej na UAM i jest już wieloletnia. Wywiady zostały przeprowadzone przez BJ, która ma doświadczenie w pracy z młodzieżą w różnych trudnych sytuacjach życiowych. Stosowała ona w wywiadach umiejętności komunikacyjne wykorzystywane w jej pracy terapeutycznej, szczególnie te związane z biernym i aktywnym słuchaniem. Analiza indukcyjna prowadzona według zasad analizy tematycznej została przeprowadzona przez ES oraz BJ, a większość decyzji analitycznych podejmowała ES, korzystając z konsultacji z BJ. Analizę jakościową badaczka ES wykonała w programie Atlas.ti (6.2), a BJ w edytorze tekstu. Analiza dedukcyjna przeprowadzona była przez dwóch niezależnych sędziów spoza zespołu, mających doświadczenie w ocenianiu tekstów, a także w ocenianiu typów autonarracji.

### Uczestnicy badania

Uczestnikami badań było 13 aktywnych zawodowo socjoterapeutów z różnych ośrodków w Polsce z dużych miast: Szczecin, Bydgoszcz, Toruń, Poznań, Zielona Góra i Wrocław. Były to osoby pracujące z młodzieżą z grup ryzyka w szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, centrach pomocy rodzinie, centrach wspierania rozwoju dzieci i młodzieży, centrach psychologiczno-pedagogicznych i poradniach terapeutycznych. Socjoterapeuci byli

w wieku 30–60 lat, osoba najkrócej pracująca z młodzieżą jako socjoterapeuta pracowała 4 lata, a najdłużej pracująca osoba robiła to 30 lat. Prowadzili od 1 do 10 grup tygodniowo, a liczebność ich grup wynosiła od 5 do 15 osób. Wszyscy socjoterapeuci mieli wykształcenie wyższe i kierunkowe (socjoterapeutyczne) jednocześnie. Uzyskaliśmy od nich pełną zgodę na badanie, a szczegółowo na: 1) udział w wywiadzie i opowiedzenie historii z własnej pracy z młodzieżą, 2) zapis audio w celach transkrypcji, 3) możliwość posłużenia się przez badaczy cytatami z wypowiedzi po usunięciu danych, które mogłyby zakłócić anonimowość osób badanych.

Osoby dobrano w sposób celowy (dobierając zarówno kobiety, jak i mężczyzn, osoby o różnym stażu pracy, w różnym wieku i z różnych miast zachodniej Polski), aby uzyskać zróżnicowane podmiotowe punkty widzenia związane z jak najszerszym spektrum doświadczenia własnej pracy jako socjoterapeuty. Jednocześnie zadbano o homogeniczność grupy pod kątem wielkości miast, w których mieściły się placówki, i typu placówki – wybrano wyłącznie socjoterapeutów pracujących z osobami z grup ryzyka, a nie z grup podlegających leczeniu czy resocjalizacji. Pominięto w badaniu socjoterapeutów pracujących z taką młodzieżą, która podlega aktualnie leczeniu psychiatrycznemu w szpitalu psychiatrycznym lub resocjalizacji w zakładzie poprawczym.

SEBASTIAN, 31 lat, 7 lat pracy jako socjoterapeuta, wykształcenie: pedagogika, psychopedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 14–19 lat, prowadzonych grup: 10, liczba osób w grupie: 5.

SAMANTA, 30 lat, 4 lata pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: psychologia, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 6–18 lat, prowadzonych grup: 10, liczba osób w grupie: 7.

SŁAWOMIR, 31 lat, 4 lata pracy jako socjoterapeuta, wykształcenie: psychologia, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 6–20 lat, prowadzonych grup: 10, liczba osób w grupie: 8.

SARA, 32 lata, 8 lat pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 13–15 lat, prowadzonych grup: 4, liczba osób w grupie: 7.

SYLWIA, 36 lat, 8 lat pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 13–15 lat, prowadzonych grup: 2, liczba osób w grupie: 8.

SYLWESTER, 42 lata, 18 lat pracy jako socjoterapeuta, wykształcenie: filologia polska, pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 13–18 lat, prowadzonych grup: 3, liczba osób w grupie: 7.

SELMA, 41 lat, 17 lat pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 13–19 lat, prowadzonych grup: 2, liczba osób w grupie: 8.

SANDRA, 33 lata, 10 lat pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: resocjalizacja z profilaktyką społeczną, miejsce prowadzenia socjoterapii: szkoła, wiek uczestników: 13–15 lat, prowadzonych grup: 2, liczba osób w grupie: 10.

SŁAWA, 56 lat, 30 lat pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: szkoła, wiek uczestników: 14–17 lat, prowadzonych grup: 1, liczba osób w grupie: 12.

STEFAN, 57 lat, 27 lat pracy jako socjoterapeuta, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 13–16 lat, prowadzonych grup: 6, liczba osób w grupie: 8.

SONIA, 37 lat, 13 lat pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: szkoła, wiek uczestników: 13–15 lat, prowadzonych grup: 2, liczba osób w grupie: 15.

SELENA, 51 lat, 25 lat pracy jako socjoterapeuta, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: szkoła, wiek uczestników: 13–16 lat, prowadzonych grup: 3, liczba osób w grupie: 10.

STANISŁAWA, 60 lat, 20 lat pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: szkoła, wiek uczestników: 13–16 lat, prowadzonych grup: 2, liczba osób w grupie: 7.

### Zbieranie danych i ich transkrypcja

Wywiad, w ramach którego pozyskane zostały autonarracje socjoterapeutów, dotyczył znacznie szerszego pytania o percepcję młodzieży przez socjoterapeutów oraz nauczycieli i był prowadzony przez BJ zgodnie z określonym protokołem. Oprócz problematyki ściśle związanej z funkcjonowaniem młodzieży, a badanej w formie wywiadu częściowo ustrukturuwanego każda osoba uczestnicząca w badaniu została poproszona o opowiedzenie historii z własnej pracy zawodowej, która dobrze zobrazuje funkcjonowanie dzisiejszej młodzieży. Bodziec narracyjny następował na początku wywiadu i brzmiał: „Pracuje Pani / Pan zawodowo z młodzieżą, ja również wiele lat pracowałam z adolescentami i wiem, że zdarzają się takie historie, które na długo zapadają nam w pamięć. Proszę opowiedzieć historię dotyczącą jakiegoś znaczącego dla Pani / Pana zdarzenia, w którym Pani / Pan uczestniczyła / uczestniczył związanego z pracą z młodzieżą (osobą lub grupą), która może

obrazować to, jak funkcjonują obecnie młodzi ludzie. Czego to doświadczenie Panią / Pana nauczyło?”. Chociaż protokół wywiadu był dość dokładnie określony, prowadząca wywiad zadbała o: 1) dokładne przedstawienie osobie uczestniczącej w badaniu celu rozmowy, 2) brak ingerencji w opowieść następującą po bodźcu narracyjnym. Nie ma więc bezpośredniego pytania o to, jak socjoterapeuta / socjoterapeutka postrzega problemy młodzieży, co pozwala nam sądzić, że opowiedziane historie nie zawierają deklaracji, a jedynie umożliwiają opowiedzenie własnego sposobu postrzegania uczestników i procesu będących tutaj punktem wyjścia do analizy.

Uzyskane wywiady zostały przepisane w całości zgodnie z zasadami interpunkcji i gramatyki przez osobę nieuczestniczącą w wywiadzie (spoza zespołu), a potem odsłuchane i sprawdzone przez osobę prowadzącą wywiad. Nie zastosowano żadnych notacji, ale korzystano z nagrań w razie wątpliwości i przy sprawdzeniu kodowania. Dla celów niniejszej analizy uzyskane po bodźcu narracyjnym wypowiedzi zostały oznaczone i ocenione przez dwóch niezależnych sędziów pod kątem tego, czy spełniają kryteria autonarracji (tu technicznie rozumianej jako ciągła, nieprzerwana autobiograficzna opowieść socjoterapeuty dotycząca pracy z konkretną grupą lub uczestnikiem, która to opowieść miała określony przebieg – można było wyodrębnić początek, rozwinięcie i zakończenie). Ponieważ niektórzy uczestnicy nie budowali autonarracji na początku wywiadu, tak jak byli proszeni, ale potem w trakcie przypominali sobie historie, które spełniały wymienione kryteria, więc te później występujące historie, po uprzednim zidentyfikowaniu i ocenie przez sędziów, że są autonarracjami, zostały włączone do analizy. Pominięto takie części wywiadu, które były na temat opowiadanej historii, ale zostały wywołane przez dodatkowe pytania prowadzącej wywiad. Tak wyodrębnione autonarracje podzielono na wersy, z których każdy stanowił niosącą znaczenie część (najczęściej zawierał jeden czasownik). W efekcie analizowano 17 autonarracji, które miały średnio 464,82 słowa (mediana 335 [219;470]; min. = 150, max. = 1868).

## **Analiza danych – dwie procedury analizy treści**

W badaniach wykorzystano zarówno indukcyjną (prostą, konwencjonalną), jak i dedukcyjną analizę treści (Mayring, 2001; Saldana, 2009). Podejście indukcyjne (czerpiące kategorie z opowieści) pozwoliło zbadać zawartość znaczeniową wypowiedzi i poukładać je w grupy problemów uczestników (1), natomiast analiza dedukcyjna (czerpiąca kategorie z teorii, tu typologii

narracji wg Gergena i Gergen, 1986) pozwoliła określić typ autonarracji (2). Procedura analizy w przypadku tych dwóch zjawisk różniła się, dlatego etapy analiz zostaną omówione osobno.

### Problemy uczestników

Celem tej części analizy było odkrycie, jak socjoterapeuci postrzegają problemy uczestników. Osoby analizujące wypowiedzi (ES i BJ) pracowały wyłącznie na materiale autonarracyjnym podzielonym na wersy, poszukując języka, w jakim wyrażone zostały *explicite* problemy uczestników socjoterapii. Analizowano wers po wersie, przypisując kod każdemu wersowi „nie dotyczy problemu uczestnika” lub – jeśli wers nasuwał wprost wyrażony problem – tzw. kod *in vivo*, w języku opisowym, w którym starano się nazwać ten problem lub jeśli socjoterapeuta sam nazwał problem, użyć tego określenia. Kolejny etap polegał na porównaniu wykonanych analiz i dyskusji na temat możliwej kategoryzacji problemów. Odkryte zostały dwa wymiary, według których problemy uczestników można było uporządkować: 1) język opisu – w jaki sposób socjoterapeuta ujmuje problem uczestnika, 2) obszar problemowy – w jakim obszarze życia socjoterapeuta lokuje problemy uczestnika. W jednej wypowiedzi socjoterapeuty możliwe było zatem zidentyfikowanie problemów w wielu obszarach problemowych oraz wyrażonych w różnych językach opisu. Były też obszary dotknięte problemami, które jednak nie zostały włączone do tego dwuwymiarowego systemu, gdyż dotyczyły szerszych problemów, poza uczestnikiem / uczestniczką. Były to instytucje (niewydolne, bez procedur i humanitarności) oraz socjoterapeuta (jego / jej bezsilność, frustracja). Efektem analizy była dwuwymiarowa klasyfikacja problemów uczestników (tab. 1), która pokazuje, z czym – w ich percepcji – stykają się badani przez nas socjoterapeuci / socjoterapeutki.

### Typy autonarracji

Podejście dedukcyjne (oparte na teorii, tutaj na typologii narracji według Gergena i Gergen, 1986) związane było z kategoryzacją (analiza dedukcyjna) uzyskanych narracji na progresywne, regresywne i stabilne, co pozwoliło na określenie głównego kierunku opowieści, a na kolejnych etapach opracować trajektorie procesów pomocowych. Pojęcie narracji w psychologii jest dość złożone (por. np. Soroko, 2014), ale w tych badaniach szczególnie zależy nam na podkreśleniu



narracji w jej wymiarze językowym (narracja opowiedziana), w którym ujawnia się nieuświadomiana przez człowieka struktura znaczeniowa. Struktura ta dotyczy świata społecznego, a szczególnie reprezentacji bohatera, który mając określone intencje, dąży do celu, a po drodze napotyka przeciwności, które pokonuje bądź nie (por. schemat narracyjny, model dramaturgiczny, Trzebiński, 2002). Gergenowie (1986) zaproponowali trzy typy wzorców narracyjnych. Po pierwsze, jest to narracja progresywna łącząca wydarzenia, które charakteryzuje wzrost lub polepszanie się wzdłuż wymiaru czasu (np. „uczył się pokonywać nieśmiałość”), czemu towarzyszy często pozytywny ton emocjonalny. Po drugie, narracja regresywna, która łączy wydarzenia prowadzące do pogarszania się wzdłuż wymiaru czasu („z każdym dniem czuł się coraz gorzej, aż przestał wychodzić z domu”), łącząca się z emocjami negatywnymi, głównie smutkiem i zrezygnowaniem. Wreszcie trzeci typ to narracja stabilna – wydarzenia łączą się tak, że ich przebieg w czasie pozostaje zasadniczo niezmienny pod kątem celu i wyniku opowieści, afekt może być zróżnicowany, ale nie skrajny.

Trzy typy wzorców narracyjnych posłużyły nam do tego, aby wychwycić, jaką strukturę znaczeniową socjoterapeuci / socjoterapeutki nakładają na swoje doświadczenia pracy z młodzieżą, a szczególnie do czego ich zdaniem doprowadzają podejmowane działania – do wzrostu, pogorszenia czy może dominuje poczucie trwania w podobnym stanie.

Mając teoretyczną podstawę w wyżej wymienionej koncepcji, dedukcyjna analiza treści polegała na: 1) zdefiniowaniu na podstawie teorii narracyjnej trzech głównych typów narracji, 2) stworzeniu podręcznika do kodowania tych trzech typów narracji wraz z przykładami i przeszkoleniu sędziów, 3) wykonaniu pracy przez dwóch niezależnie pracujących sędziów, 4) obliczeniu zgodności sędziowania, 5) ustaleniu jednego typu, do którego należała każda narracja. Sędziowie kompetentni zgadzali się we wszystkich przypadkach poza jednym (który potem został jednoznacznie rozstrzygnięty w toku dyskusji), dlatego nie obliczano zgodności metodami statystycznymi (Soroko i Jankowiak, 2020).

## Wyniki

### Problemy uczestników

Wyniki prowadzonej analizy pozwoliły na usystematyzowanie problemów uczestników ze względu na stosowany przez socjoterapeutów język opisu. Ujmuje się je:

- nozologicznie (objawowo) – język opisu problemów sięgał do wiedzy z psychopatologii, wprost posługując się nazewnictwem profesjonalnym poszczególnych objawów, syndromów lub jednostek nozologicznych (typów zaburzeń);
- psychologicznie, używając terminów o mocy wyjaśniającej – język opisu problemów sięga po terminy, które są charakterystyczne dla różnych koncepcji wyjaśniających, najczęściej osadzonych w konkretnych paradygmatach, socjoterapeuci starają się tu pokazać, jakie funkcje może pełnić dane zachowanie czy trudność;
- atrybucyjnie (cechy relatywnie trwałe) – ten język opisu charakteryzuje tendencja do znalezienia (najlepiej jednej i dobrze wyartykułowanej) przyczyny danego obszaru problemowego, która zazwyczaj jest postrzegana jako dość niezmienna;
- behawioralnie (zachowania) – ten sposób opisu problemów koncentrował się na wyszczególnianiu zachowań problemowych, bez konieczności określania ich językiem diagnozy psychologicznej, ale bardziej przez pokazanie perspektywy zachowań problemowych.

Socjoterapeuci w swoich narracjach odnosili się do różnych obszarów problemowych, w jakich ujmowali problemy uczestników. Wyróżniono następujące obszary: adolescent, rodzina adolescenta, grupa społeczna (także socjoterapeutyczna). Te obszary mają koncentryczny charakter i pokazują, że w socjoterapii w opisie trudności bardzo naturalne jest sięganie do kontekstu rodziny i grupy społecznej.

Mając dwa sposoby kategoryzacji problemów uczestników (język i obszar problemowy), dokonano zestawienia obu z nich w postaci tabeli (por. tab. 1). Dzięki temu możemy zobaczyć, że socjoterapeuci i socjoterapeutki używali różnorodnego języka opisu problemów, ujmując je w różnych obszarach. Używali więc np. kategorii psychopatologicznych (język nozologiczny) w odniesieniu do problemów nastolatków (obszar adolescent), deklarując m.in., że uczestnicy ich grup doświadczają zaburzeń odżywiania lub ADHD. Jeśli natomiast problem lokowali w rodzinie (obszar rodzina) i stosowali opis atrybucyjny, oceniali, że rodzina jest dysfunkcyjna. Stosując język opisu behawioralny w odniesieniu do grupy (obszar problemowy grupa), opisywali np. sytuacje ucieczki z lekcji czy ośrodka.

Tabela 1. Kategoryzacja problemów uczestników w dwóch wymiarach: obszar problemowy i język opisu

Obszar problemowy	Język opisu		
	nozologiczny (objawowy)	psychologiczny o mocy wyjaśniającej	atrubicyjny, cechy relatywnie trwałe
adolescent, osoba	<ul style="list-style-type: none"> <li>- anoreksja</li> <li>- zaburzenia odżywiania</li> <li>- rozhamowanie seksualne</li> <li>- uzależnienia (alkohol, dopalacze, narkotyki)</li> <li>- impulsywność</li> <li>- agresja</li> <li>- zaburzenia organiczne</li> <li>- ADHD</li> <li>- niepowodzenia szkolne</li> <li>- samobójstwo</li> <li>- egocentryzm</li> <li>- otyłość</li> <li>- hospitalizacja</li> <li>- farmakoterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- konflikt zależności–niezależność</li> <li>- idealizacja ojca</li> <li>- zakłamany obraz siebie</li> <li>- trudności z wejściem w rolę</li> <li>- urazy ja–dorosły i ja–również</li> <li>- rozładowywanie napięć</li> </ul>	<p><b>behawioralny (zachowania)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- szybkie rezygnowanie</li> <li>- marnowanie potencjału</li> <li>- dziwne zachowania</li> <li>- płacz</li> <li>- zalamanie</li> <li>- kryzys</li> <li>- amok</li> <li>- opiekowanie się pięcią matką</li> </ul>
rodzina adoleścenta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- niewydolność opiekuńcza</li> <li>- alkoholizm</li> <li>- przemoc</li> <li>- agresja</li> <li>- molestowanie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- niewytrzymywanie ram socjoterapii</li> <li>- niegotowość na niezależność dziecka</li> <li>- dysfunkcyjne reguły nadmierne kontrolowanie dziecka</li> <li>- pozorna zgoda na niezależność</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- brak wiedzy o dziecku</li> <li>- dysfunkcyjny dom</li> <li>- dysfunkcyjna rodzina</li> <li>- napięte relacje w domu</li> <li>- domniemane ukrywanie nadużycia</li> <li>- rodzina zrekonstruowana</li> <li>- rodzina niepełna</li> <li>- rodzic nietykalny (senator, policjant)</li> <li>- ojciec homoseksualny</li> </ul> <p><b>wulgarność</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nadużycia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• przemoc, manipulowanie dzieckiem, pokazywanie agresji wobec innych, traktowanie przedmiotowe dziecka, stosunek seksualny z dzieckiem, zmuszanie dziecka do kontaktów seksualnych z obcymi osobami</li> </ul> </li> </ul>

Obszar problemowy	Język opisu		
	nozologiczny (objawowy)	psychologiczny o mocy wyjaśniającej	atrybucyjny, cechy relatywnie trwałe
grupa (socio-terapeutyczna, ale też świat społeczny w ogóle)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nadmiernie otwarta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- poczucie bycia zmuszonym do grupy</li> <li>- narcyzm w społeczeństwie</li> <li>- związki sadomasochistyczne</li> <li>- walka z autorytetem</li> <li>- poszukiwanie akceptacji kolegów (popsywanie się)</li> </ul>	<p><b>behawioralny (zachowania)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- powtarzanie roku</li> <li>- wychodzenie z zajęć</li> <li>- nieuczestniczenie w zajęciach</li> <li>- telefonowanie na zajęciach</li> <li>- konflikty z nauczycielami</li> <li>- robienie na złość</li> <li>- odmowa hospitalizacji</li> <li>- prowokowanie</li> <li>- demolowanie otoczenia</li> <li>- ucieczka z ośrodka</li> <li>- ucieczka z lekcji</li> <li>- łamanie zasad szkoły</li> <li>- włamanie się</li> </ul>

## Trajektorie uwzględniające typy narracji

Wyróżniono następujące typy narracji:

1) progresywną, łączącą wydarzenia, które charakteryzuje wzrost lub polepszenie się wzdłuż wymiaru czasu (Sandra, Sława 2, Sława 3, Sława 5, Sara, Sylwester, Selma, Sonia), np.:

Teraz też miałam taką sytuację, że jedna z dziewczyn zadała się z taką osobą, która jest tak zdemoralizowana, że chyba nie ma osoby bardziej zdemoralizowanej. W sumie cała rodzina tak funkcjonuje, bo dwie siostry wcześniej były i funkcjonowały podobnie. [...] najpierw przychodzi do mnie i mówi: ta i ta dziewczyna pije alkohol, sporo alkoholu, ma takie i takie towarzystwo, ja mówię: „Czy Ty jesteś w stanie jej to powiedzieć, bo akurat znam ciebie i ty potrafisz przynosić różne historie niesprawdzone?”. „Tak, jestem w stanie”. To proszę tamtą drugą i jest rozmowa i faktycznie ona mówi w oczy, że faktycznie tak jest. Tamtą do tej pory mówiła „nie” i jak jest ta konfrontacja, mówi: „Tak, tak, faktycznie mam problem i chcę, żeby ktoś mi pomógł. Ja się będę starała zmienić”. Bardzo mi się podoba, że jednak coś do nich dociera (Sława 2).

2) regresywną, łączącą wydarzenia, które charakteryzuje spadek lub pogarszanie się wzdłuż wymiaru czasu (Sława 1, Sława 4, Stanisława, Selena), np.:

No jest, bo jak Pani pytała, to tak gdzieś włączyło się światelko i wróciłam pamięcią. Miałam taką uczennicę, która nie żyje niestety, bo jak przeszła do szkoły średniej, to popełniła samobójstwo. Nie traktuje tego w kategorii porażki, ponieważ dziewczyna poznała chłopaka i poszła w alkohol i narkotyki, ale była bliska mojemu sercu, ponieważ poprzez udział w zajęciach nawiązała się między nami bliskość, więź. Przychodziła ze wszystkimi problemami, gdzieś po drodze był pożar domu czy mieszkania, które całkowicie spłonęło, i pomogłam jej, a potem w tych takich sytuacjach wspierałam ją, podpowiadałam, co może zrobić, jak można rozwiązać wszelkiego rodzaju sprawy i konflikty, nie tylko z rówieśnikami, ale i z rodzicami. Mam w głębi jej twarz, przesympatyczna i ładna dziewczyna, i nie tak to się skończyło, nie tak powinno być. Popełniła samobójstwo w szkole średniej, przez chłopaka, który wciągnął ją w proceder narkotykowy, gdzieś popiła go alkoholem i potem dziewczyna z jej grupy, na którą chodzili, przyszli do mnie i mówią: „A myśmy panią szukały w kościele, że będzie pani na pogrzebie”. Akurat nie mogłam iść, bo byłam tu i tu i teraz byłam potrzebna. Rzadko do tego wracam, to właśnie przyszło mi dzisiaj do głowy. Jest to bardzo smutna historia, ale czas, kiedy poświęcałam jej, chwile, godziny wspominam miło. Taka fajna dziewczynka była, inaczej mogło potoczyć się jej życie (Stanisława).

3) stabilną, łączącą wydarzenia tak, że ich przebieg w czasie (linia) pozostaje zasadniczo niezmienny pod kątem celu i wyniku opowieści (Sebastian, Samanta, Sławomir, Stefan, Sylwia) (zob. więcej: Soroko i Jankowiak, 2020), np.:

Historia dotyczy dylematów i frustracji terapeuty i poczucia bezsilności terapeuty, a z drugiej strony takiego marnowania tego potencjału i stąd ta złość i frustracja. Czasem mam wrażenie, że jakby jak już pracuje z dziećmi i z młodzieżą od ośmiu lat i mam wrażenie, że są jakieś zmiany w społeczeństwie, i mam poczucie, że coraz więcej nie chciałbym jakichś statystycznych odniesień robić, jest nastolatków właśnie trochę takich narcystycznych. Na zasadzie trochę właśnie takiego poczucia, że im się coś należy i takiego bycia w takim jakimś związku zależnościowym i niechęci. Z jednej strony deklarowania, że oni by chcieli pozbyć się już szkoły, wyprowadzić się już od rodziców. Z drugiej strony robią wszystko, żeby tej szkoły nie skończyć i żeby z tymi rodzicami mieszkać i żeby korzystać cały czas z ich wsparcia i pomocy. Często to są młodzi, którzy są naprawdę bardzo inteligentni i zdolni, którzy potrafią się czymś zająć i fajne rzeczy robić, ale to jest krótkofalowe i umiera bardzo szybko i jakby w pracy z takimi osobami i ich rodzinami często się właśnie styka z taką bezsilnością. Mam taki przykład. Dwa lata temu chodziła na grupę gimnazjalistka – trzecia klasa, która miała dużo takich fajnych umiejętności, była bardzo mądra, ale wszystko zawałała. Powtarzała rok, ciągle wchodziła w jakieś konflikty z nauczycielami, ciągle toczyła walkę z autorytetami. Z drugiej strony bardzo też toczyła walkę ze swoimi rodzicami, ale też jakby była tak w tym skuteczna. Głębiej jakby się zastanowić, to problem był taki, że ci rodzice sami nie mieli w sobie takiej gotowości, żeby jakby pozwolić, żeby ich dziecko w końcu z gniazda wyfrunęło i to wszystko było też tak uwikłane w takie niby z jednej strony zgoda i chęć, niech zacznie coś robić i wykorzystywać swoje zdolności i umiejętności, jak język francuski, który bardzo dobrze знаła, czy śpiewanie w chórze i inne jakieś umiejętności, które gdzieś miała, a z których nie korzystała i ich nie rozwijała. Właściwie to życie tej osoby się zamykało do tego, że brakło takiej wizji i perspektyw, co ona będzie robić za kilka lat (Sławomir).

W naszej próbie regresywne i progresywne narracje wystąpiły równie często, natomiast nieco rzadziej narracje stabilne (por. tab. 2).

### Zestawienie rodzajów problemów z typami narracji

Następnym etapem było połączenie wyników obydwu typów analiz i opisanie trzech trajektorii przebiegu socjoterapii – progresywnej, regresywnej i stabilnej – uwzględniając rodzaje problemów uczestników (tab. 2).

Tabela 2. Problemy uczestników a typy narracji

Uczestnicy badania	Problemy uczestników	Narracja
Sonia	behawioralny w obszarze osoby i rodziny	progresywna
Sława 3	nozologiczny w obszarze osoby, atrybucyjny w obszarze grupy społecznej	progresywna

Uczestnicy badania	Problemy uczestników	Narracja
Sława 5	nozologiczny i behawioralny w obszarze osoby, behawioralny w obszarze grupy społecznej, atrybucyjny, psychologiczny i behawioralny w obszarze rodziny	progresywna
Sława 2	atrybucyjny w obszarze rodziny i grupy, nozologiczny i behawioralny w obszarze osoby	progresywna
Sandra	psychologiczny i nozologiczny w obszarze osoby i relacji	progresywna
Sylwester	atrybucyjny w obszarze rodziny	progresywna
Sara	atrybucyjny w obszarze osoby	progresywna
Selma	nozologiczny, atrybucyjny i behawioralny w obszarze osoby, atrybucyjny w obszarze rodziny	progresywna
Selena	atrybucyjny i behawioralny w obszarze osoby i rodziny	regresywna
Sława 1	atrybucyjny w obszarze rodziny, nozologiczny i behawioralny w obszarze osoby oraz rodziny	regresywna
Sława 4	nozologiczny i behawioralny w obszarze osoby, atrybucyjny i behawioralny w obszarze rodziny	regresywna
Stanisława	nozologiczny w obszarze osoby, nozologiczny i atrybucyjny w obszarze grupy społecznej	regresywna
Sylwia	psychologiczny, nozologiczny w obszarze osoby, atrybucyjny w obszarze rodziny	stabilna
Sebastian	behawioralny w obszarze grupy i instytucji	stabilna
Stefan	nozologiczny i atrybucyjny w obszarze osoby, psychologiczny w obszarze grupy	stabilna
Samanta	psychologiczny w obszarze grupy i rodziny	stabilna
Sławomir	psychologiczny, atrybucyjny, behawioralny w obszarze osoby, rodziny, grupy	stabilna

## Dyskusja i wnioski

Uzyskane wyniki wskazują, że socjoterapeuci i socjoterapeutki w swoich narracjach używają dość zróżnicowanych sposobów opisu problemów uczestników grup. Język opisu problemów stosowany przez socjoterapeutów i socjoterapeutki odpowiada różnym sposobom opisu problemów uczestników grup w literaturze przedmiotu (Sawicka, 1999; Jagieła, 2009; Jankowiak i Soroko, 2014, 2021). W niniejszych badaniach wyróżniono dwie kategoryzacje problemów – język opisu oraz obszary problemowe. Problemy są opisywane w języku nozologicznym (objawy psychopatologiczne), w języku psychologicznym, mającym moc wyjaśniającą, atrybucyjnie (cechy relatywnie trwałe) i behawioralnie (poprzez identyfikację problemowych zachowań). Z kolei biorąc pod uwagę obszar, problemy uczestników są umieszczane w jednostce,

rodzinie lub grupie społecznej. Obszary te były już wcześniej opisywane jako płaszczyzny diagnozowania, które warto brać pod uwagę (Jankowiak i Soroko, 2020).

## Zakończenie

W nozologicznym języku problemy uczestników to np. anoreksja, zaburzenia organiczne, ADHD, niewydolność opiekuńcza, alkoholizm. Takie ujmowanie problemu mogło wynikać z jednej strony z wykształcenia (psychologia kliniczna, psychiatria, psychoterapia) i co za tym idzie – znajomości kategorii diagnostycznych, a także z dostępu do dokumentacji medycznej, a więc być wyrazem profesjonalizmu socjoterapeutów. Z drugiej jednak strony nozologiczny język może tworzyć lub utrwalać perspektywę zewnętrzną i dystans wobec dziecka albo wynikać z obecności tych terminów w procesie protodiagnozy. Może więc nieść ryzyko etykietowania i jedynie pozornego zrozumienia. Ponadto pojawiające się w narracjach socjoterapeutów kategorie nozologiczne mogą sugerować, że do socjoterapii trafia młodzież w gorszym psychologicznym stanie lub z większymi trudnościami, niż jest na to socjoterapia jako forma pomocy gotowa.

Język psychologiczny natomiast używany był np. do opisu urazów ja–dorosły i ja–rówieśnicy, niegotowości na niezależność dziecka, niewytrzymywania ram socjoterapii. Ten rodzaj ujmowania problemów wskazywać może na elementy konceptualizacji przypadku. Jest bardziej wrażliwy na zmienność zachowań i w ten sposób może sprzyjać większej responsywności socjoterapeutów na zmieniające się funkcjonowanie nastolatków.

Język behawioralny stosowany był do nazwania obserwowanych aktywności, np. płacz, załamanie, ucieczka z lekcji, wulgarność, nadużycia i molestowanie. Ten sposób opisu sprowadza się do zachowań lub nawyków, nieco pomijając, co te zachowania mogą znaczyć. Może wynikać z bycia przytłoczonym różnymi zachowaniami uczestników i wskazywać na trudności w zaangażowaniu się w głębsze rozumienie ich problemów.

Używając pojęć atrybucyjnych, socjoterapeuci / socjoterapeutki mówili o braku wizji przyszłości, bezrefleksyjności, złym stanie zdrowia, dysfunkcjonalnej rodzinie, nietykalnym rodzicu. Wydaje się, że znalezienie takiej cechy opisowej mogło przynieść ulgę, że problem został określony.

Przy odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób prowadzone są opowieści o socjoterapii pod względem realizacji pożądanego celu pomocowego,



zaklasyfikowano w niniejszym badaniu historii socjoterapeutów do trzech grup wyróżnianych w koncepcji Gergenów (1986). Warto zauważyć, że te typy narracji odnoszą się do rozwoju procesu pomagania w czasie i wskazują na to, czy pomoc się powiodła. Narracja progresywna łączy wydarzenia, które charakteryzuje wzrost lub polepszanie się wzdłuż wymiaru czasu. Narracja regresywna łączy wydarzenia, które charakteryzuje spadek lub pogarszanie się wzdłuż wymiaru czasu. Natomiast narracja stabilna to taka, która łączy wydarzenia tak, że ich przebieg w czasie (linia) pozostaje zasadniczo niezmienny pod kątem celu i wyniku opowieści. Odpowiadając na pytanie, czy można powiązać rodzaje problemów oraz typy narracji w znaczące zestawienia, które pozwolą nam lepiej zrozumieć proces pomocowy, dokonano zestawienia. Zgodnie z uzyskanymi wynikami ten ostatni typ narracji (narracja stabilna) jest charakterystyczny dla opisu psychologicznego problemów młodzieży, które mają charakter wyjaśniający przyczyny tych trudności. W przypadku narracji progresywnych i regresywnych język opisu jest niespecyficzny, co oznacza, że może być zarówno nozologiczny, atrybucyjny, behawioralny, jak i psychologiczny. Natomiast po zestawieniu problemów i narracji widzimy, że konceptualizacja problemów uczestników grup w języku wyjaśniającym łączy się z postrzeganiem socjoterapii jako stabilnego w czasie procesu. Wyjaśniający sposób opisu problemów używany jest podczas diagnozy wyjaśniającej czy też konceptualizacji przypadku. W przebiegu socjoterapii przyjmuje ona postać ciągłego procesu rozwijania i sprawdzania hipotez na temat mechanizmów trudności uczestników w związku z napływającymi danymi z obserwacji ich w grupie rówieśników oraz w relacji z socjoterapeutą. Takie uaktualnianie hipotez wyjaśniających pozwala na elastyczność w doborze interwencji pomocowych (Jankowiak i Soroko, 2021), ale – jak sugeruje nasza analiza – może nie przynosić poczucia sukcesu i poprawy.

Sposób opowiadania o problemach uczestników / uczestniczek socjoterapii przez pracujących z nimi profesjonalistów pozwala rozpoznać znaczeniową strukturę nakładaną na problemy uczestników. Jest ważnym punktem wyjścia do tego, jakie działania będą podejmowane w celu pomagania dzieciom i młodzieży w radzeniu sobie z tak, a nie inaczej rozumianymi (reprezentowanymi) problemami. Nasze badania opisowe pozwoliły omówić problemy, a przez ich zestawienie z typami narracji stawiać pierwsze hipotezy o znaczeniu sposobu myślenia socjoterapeutów o problemach uczestników a doświadczeniem powodzenia lub niepowodzenia socjoterapii jako grupowej formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Dalsze badania naukowe w tym zakresie mogłyby podjąć się sprawdzenia, czy psychologiczne ujęcie

problemów uczestników przyczynia się do większej tolerancji tego, że socjoterapia jest raczej ciągłym procesem towarzyszenia w rozwoju młodym ludziom, mniej nastawionym na spektakularne efekty pomocowe, raczej na powolną poprawę. Oczywiście konsekwencje innych sposobów ujmowania problemów uczestników (np. nozologicznego) mogłyby również być dalej badane.

#### LITERATURA

- Cierpiałkowska, L. (2007). *Psychopatologia*. Warszawa: Scholar.
- Cierpiałkowska, L., Grzegorzewska, I. (2020). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – salutogenetyczne i patogenetyczne modele empiryczne i teoretyczne. W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A.R. Borowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (s. 31–59). Warszawa: PWN.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2005). Psychologia kliniczna i psychopatologia – wzajemne zależności. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H., Soroko, E. (2016). Postępowanie diagnostyczne psychologa klinicznego a konteksty i sytuacje społeczne tworzenia diagnozy. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 215–231). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gergen, K.J., Gergen, M.M. (1986). Narrative form and the construction of psychological science. W: T.R. Sarbin (red.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (s. 22–44). Praeger Publishers / Greenwood Publishing Group.
- Jagiela, J. (2007). *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*. Kraków: Wydawnictwo Rubikon.
- Jankowiak, B. (2017). *Zachowania ryzykowne współczesnej młodzieży. Studium teoretyczno-empiryczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2013). Socjoterapia jako forma pomocy psychopedagogicznej. W: B. Jankowiak (red.), *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka* (s. 33–59). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2014). Wybrane problemy diagnozy opisowej w socjoterapii – aspekty teoretyczne oraz związki z funkcjonowaniem zawodowym socjoterapeutów. *Studia Edukacyjne*, 33, 165–187.
- Marcelli, D. (2013). *Psychopatologia wieku dziecięcego*. Wrocław: Elsevier.
- Soroko, E., Jankowiak, B. (2020). Shaping Social and Psychological Competencies or Intervening in a Crisis? Sociotherapists' Experiences of Helping Adolescents in Poland. *International Journal for the Advancement of Counselling*, publikacja online 12 czerwca, 1–17.
- Strzemieczny, J. (1988). *Zeszyty socjoterapeutyczne*. Warszawa: PTP.

ADRIANNA BRZEZIŃSKA

ORCID: 0000-0002-4038-8084

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

## PRZEMOC NA RANDKACH W PRACY SOCJOTERAPEUTYCZNEJ Z MŁODZIEŻĄ

### Streszczenie

Przemoc na randkach jest jednym z zachowań ryzykownych wśród młodzieży. Może przyjmować różne rodzaje, jednak jej głównym celem jest świadome wyrządzanie krzywdy innej osobie, z wyraźnym użyciem przewagi. Osoby będące w wieku nastoletnim mają małą zdolność do zapobiegania sytuacjom przemocowym, a także do rozpoznawania konsekwencji swoich czynów czy profilaktyki w zakresie przemocy. Jednakże w grupowej formie pomocy psychologiczno-pedagogicznej, jaką jest socjoterapia, z powodzeniem można podejmować tematy związane z przemocą, w tym przemocą na randkach, wśród młodzieży. Jedną z propozycji jest możliwość wykorzystania elementów programu Lights4Violence w programach i scenariuszach socjoterapeutycznych tworzonych dla młodzieży.

**Słowa kluczowe:** przemoc na randkach, Lights4Violence, młodzież, przemoc, socjoterapia, zachowania ryzykowne

### DATING VIOLENCE IN SOCJOTHERAPEUTIC WORK WITH ADOLESCENTS

#### Abstract

Dating violence is one of the risky behaviors among young people. It can take many forms, but its primary purpose is to consciously cause harm to another person, with a clear use of the advantage. Teenagers have little ability to prevent the emergence of violent situations, as well as to recognize the consequences of their actions, or prevent violence. However, in a group form of psychological and pedagogical help, which is sociotherapy, topics related to violence, including violence on dating among young people, can be successfully addressed. One of the proposals is the possibility of using elements of the Lights4Violence program.

**Keywords:** dating violence, Lights4Violence, youth, violence, sociotherapy, risky behavior

## Wstęp

Zagadnienie przemocy na randkach wśród osób będących w wieku nastoletnim jest obszarem problemowym, na który można spojrzeć z dwóch perspektyw. Po pierwsze, z perspektywy osób tej przemocy doświadczających, po drugie, z perspektywy sprawców. Według danych dotyczących przemocy na randkach wśród młodzieży wynika, że aż 20,5% dziewcząt oraz 18,7% chłopców uczestniczących choć raz w takim spotkaniu doświadczyło jakiegoś rodzaju przemocy (Jankowiak i in., 2020, s. 7). Przyczyny stosowania przemocy na randkach mogą być różne. Za jedną z głównych uznano niską zdolność do rozpoznawania różnego typu społecznych konsekwencji swoich czynów i nieświadomość (lub małą świadomość) istnienia oraz możliwości wykorzystania posiadanych już zasobów do rozwiązywania konfliktów i nawiązywania zdrowych (zdrowszych) relacji z partnerami / partnerkami (Jankowiak i in., 2020, s. 8). Jednym ze sposobów minimalizowania skali zjawiska występowania przemocy na randkach wśród osób będących w wieku nastoletnim może być wdrożenie tego tematu do programów zajęć w socjoterapii młodzieży. Młodzież uczestnicząca w socjoterapii należy zazwyczaj do grup zwiększonego ryzyka, ponieważ w swojej biografii ma doświadczenia przemocy (Jankowiak i Soroko, 2014), a czasem również aktualnie doświadcza momentów kryzysowych związanych z przemocowymi sytuacjami (Soroko i Jankowiak, 2020). Jak wskazują wyniki badań dotyczących przemocy na randkach, takie doświadczenia obciążają rozwój i są jednym z bardziej znaczących czynników ryzyka stania się ofiarą przemocy w związku intymnym w okresie adolescencji (Vives-Cases i in., 2021). Z tego względu praca w obszarze kompetencji budowania zdrowych związków może być dla uczestników i uczestniczek socjoterapii niezwykle przydatna (Brzezińska, 2021). Warto podkreślić, że szczęśliwe, pozbawione przemocy związki intymne tworzone przez młodzież mogą być znaczącym źródłem dobrostanu, szczęścia (Jaskulska i in., 2022; Jankowiak, 2016; Gulczyńska i Jankowiak, 2007) i wspierać pozytywną samoocenę nastolatków (Jankowiak i in., 2021). Przykładem programu, który mógłby stanowić inspirację dla socjoterapeutek i socjoterapeutów konstruujących programy socjoterapeutyczne lub planujących interwencje w prowadzonych przez siebie grupach socjoterapeutycznych, jest program edukacyjny Lights4Violence (Vives-Cases i in., 2019).

## Socjoterapia młodzieży

Socjoterapia (w tym socjoterapia młodzieży) jako grupowa forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej skierowana jest do osób należących do grup ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania lub już przejawiających problemy w funkcjonowaniu psychospołecznym (Jankowiak i Soroko, 2021, s. 63). Polega ona m.in. na uruchamianiu czynników pomocowych, dzięki którym poprawie ulega funkcjonowanie psychospołeczne osób uczestniczących. W takim ujęciu socjoterapia może być stosowana w profilaktyce przemocy na randkach, pomocy dla osób, które są jej sprawcami, oraz osób, które w tej sytuacji są ofiarami i nie mają odpowiednich lub wystarczających zasobów pozwalających na podjęcie kroków w celu zniesienia problemu, jego skutków, a także zapobieganie pojawianiu się podobnych sytuacji w przyszłości.

W wypracowaniu pożądaných zachowań oraz zmian w zachowaniu pomocne może być określenie celów, które wskazują na rodzaj zmian, jakie powinny się pod ich wpływem pojawić. Wśród celów oddziaływań socjoterapeutycznych wymienia się: edukacyjne (profilaktyczne), korekcyjno-terapeutyczne oraz rozwojowe. Cele edukacyjne dotyczą zapoznawania młodzieży z zagadnieniami, które mają ułatwić im funkcjonowanie społeczne, poprawić umiejętność rozwiązywania problemów i konfliktów, nauczyć rozpoznawania, nazywania i wyrażania emocji, a także pełnienia funkcji społecznych (Jankowiak i Soroko, 2016, s. 41). Do celów korekcyjno-terapeutycznych zaliczamy oddziaływania zmieniające trajektorię rozwoju i wzmacniające mechanizmy zdrowia i/lub osłabiające patomechanizmy, które utrzymują problemy psychospołeczne. Do oddziaływań tych zaliczyć można m.in. dostarczanie pożądaných wzorów zachowań, zmianę sposobów postrzegania i myślenia o rzeczywistości, wyćwiczenie zachowań pożądaných, a także rozpoznawanie i ekspresję emocji, które temu towarzyszą (Jankowiak i Soroko, 2021, s. 79). Zadaniem ostatnich z nich, celów rozwojowych, jest uaktywnianie potencjału rozwojowego w obszarach społecznym, emocjonalno-motywacyjnym i poznawczym (Jankowiak i Soroko, 2021, s. 75). W rzeczywistości jednak należy pamiętać, że dla danej grupy socjoterapeutycznej cele ustalane są indywidualnie (po diagnozie osób uczestniczących i rozpoznaniu specyficznych trudności, które w grupie występują). W socjoterapii młodzieży szczególnie wpływ na ich określenie mogą mieć także konkretne jednostki, które w III fazie rozwoju grupy często same są osobami inicjującymi cele, nad którymi chcą pracować podczas spotkań socjoterapeutycznych.

## Przemoc na randkach jako zachowanie ryzykowne

W wieku nastoletnim częstym zjawiskiem jest podejmowanie zachowań ryzykownych. Prawdą jest, że zwiększają one prawdopodobieństwo pojawienia się niekorzystnych konsekwencji (psychologicznych, społecznych, zdrowotnych), ale jednocześnie mogą także pełnić istotny czynnik w spełnianiu zadań rozwojowych w okresie adolescencji (Dzielska i Kowalewska, 2014, s. 140–141). Ich pojedyncze przypadki są dość powszechnym zjawiskiem i nie muszą stanowić zagrożenia dla dalszego rozwoju jednostki ((Dzielska i Kowalewska, 2014, s. 142). Zagrożeniem dla siebie i innych są jednak sytuacje, gdy zachowania tego typu pojawiają się częściej i/lub współwystępują z innymi typami zachowań ryzykownych. Wśród nich wyróżnia się trzy główne obszary:

- używanie substancji psychoaktywnych,
- agresję i zachowania przestępcze,
- ryzykowne zachowania seksualne (Jankowiak i Soroko, 2021, s. 48).

W obrębie form agresji i zachowań przestępczych występują znaczące różnice między dziewczętami a chłopcami. Mianowicie wśród dziewcząt znacznie częściej podejmowana jest agresja relacyjna, mająca na celu wyrządzić szkodę relacji, a nie czyjejś cielesności. Chłopcy natomiast za cel obierają sobie agresję jawną, objawiającą się m.in. uczestnictwem w bójkach (Jankowiak i Soroko, 2021, s. 48). Mimo że podobne różnice zauważono w obrębie kategorii przemocy, które opisane zostaną poniżej, należy też rozróżnić te dwa pojęcia. Słów „agresja” i „przemoc” często używa się zamiennie, jednak w rzeczywistości oznaczają one dwa odmienne typy zachowań (Komendant-Brodowska, 2014, s. 7). Agresja polega na świadomym działaniu, mającym na celu wyrządzenie szkody innej osobie, natomiast przemoc dodatkowo oznacza istnienie znacznej przewagi (w sile użytej agresji) nad ofiarą (Komendant-Brodowska, 2014, s. 7).

Zjawisko przemocy wciąż jest mocno aktualne, a treści z nią związane pojawiają się w różnych przestrzeniach naszego życia. Współcześnie jest to problem coraz bardziej widoczny i narastający (Helios i Jedlecka, 2017, s. 15). Szacuje się, że w skali globalnej przemoc jest przyczyną około 1,6 miliona ofiar śmiertelnych rocznie (Krug i in., 2003), a grupami, które są szczególnie narażone na bycie jej ofiarami, są: dzieci, kobiety, ludzie starsi i osoby z niepełnosprawnościami (Lakowska i in., 2011, za: Kowalczyk i Łącka, 2011, s. 230).

Definicje przemocy wskazują, że jest to rodzaj relacji międzyludzkiej opierającej się w znacznej mierze na użyciu siły, gdzie mocno widoczna jest nierówność sił między jednostkami zaangażowanymi w tę relację (Rudniański,

1997, za: Jedlecka, 2017). Ponadto istotna jest też intencja. W tym przypadku osoba sprawcza wyrządza innej osobie krzywdę w sposób celowy, wywołując szkodę, ból, cierpienie i poniżenie, tym samym stwarzając zagrożenie dla jej zdrowia (fizycznego i/lub psychicznego) oraz życia (Jedlecka, 2017, s. 14). Cechami charakterystycznymi przemocy są m.in. naruszenie praw osobistych drugiej osoby, manipulowanie czy nieliczenie się z dobrem osób będących ofiarami przemocy (Młyński, 2012, s. 143). Sama przemoc, według Helios i Jedleckiej (2017), przyjmować jednak może różnorakie formy. Są one związane m.in. z fizycznością, psychiką, seksualnością, ekonomią czy różnymi rodzajami zaniedbań. Inny podział wskazuje na przemoc: słowną, fizyczną, psychiczną, seksualną i seksistowską (Pérez-Marco i in., 2020). Na tej podstawie przytoczone zostaną opisy kategorii form przemocy:

- słowna (komunikaty mówione i/lub pisane),
- fizyczna (czynności wymagające fizycznego kontaktu na linii osoba sprawcza–ofiara, np. uderzenie, popychanie, szturchanie),
- psychiczna (słowna, fizyczna lub obie, np. przymus, szantaż, naruszanie godności),
- seksualna (wykorzystywanie seksualne, zmuszanie lub wykonywanie czynności seksualnych wbrew woli ofiary),
- seksistowska (dyskryminowanie ofiary ze względu na jej płeć),
- ekonomiczna (używanie pieniędzy lub innych wartości materialnych do zaspokojenia potrzeb władzy i kontroli),
- zaniedbania (ukryta forma przemocy, np. niezaspokajanie podstawowych potrzeb biologicznych i psychicznych dzieci) (Pérez-Marco i in., 2020; Helios i Jedlecka, 2017).

Przemoc na randkach wśród młodzieży obejmować może przede wszystkim formy przemocy takie jak: słowna, fizyczna, psychiczna i seksualna.

Według badań najczęstszym rodzajem przemocy, z jakim spotyka się młodzież, bo występującym aż w 23,1%, jest przemoc emocjonalna (psychiczna) (Jankowiak i in., 2020, s. 7). Dotyczy głównie naruszania szeroko pojętej godności osobistej. Zaliczyć można do niej takie zachowania, jak: stosowanie gróźb, kontrolowanie zachowań osoby będącej ofiarą, poniżanie, obrażanie, oczernianie, upokarzanie, lekceważenie, podważanie poczucia własnej wartości, izolowanie czy niszczenie mienia (Brooks-Russell i in., 2015; Kowalczyk i Łącka, 2011, s. 232). Są to jednak tylko przykłady stosowania przemocy emocjonalnej – realnych zachowań może być znacznie więcej.

Jedną z głównych przyczyn stosowania przemocy na randkach wśród młodzieży jest mała zdolność do rozpoznawania społecznych konsekwencji

własnych czynów, a także niska świadomość (lub jej brak) w kontekście możliwości wykorzystania istniejących zasobów do rozwiązywania konfliktów, w tym naprawy relacji z osobą partnerską (Jankowiak i in., 2020, za: Brzezińska, 2021, s. 40). Innymi, bardziej pierwotnymi przyczynami mogą być własne przeszłe przeżycia w zakresie doświadczenia jednej lub kilku form przemocy (np. w okresie dzieciństwa). Wytworzone w tym czasie wzorce i sposoby radzenia sobie z emocjami związane z tym wydarzeniem stają się zaburzone. Skutkować to może brakiem umiejętności tworzenia i trwania w zdrowych i satysfakcjonujących relacjach, a zamiast tego przymus, przemoc i agresja stają się jedynymi strategiami umożliwiającymi zmianę czyjegós zachowania na pożądane (Brzezińska, 2021, s. 40).

Problem przemocy na randkach wśród młodzieży dotyka wszystkich płci, jednak, podobnie jak wśród osób dorosłych, szczególnie narażone na znalezienie się w roli ofiary są dziewczęta (Jankowiak i in., 2020, s. 8). Co ciekawe, jak wskazują niektóre badania, w pewnych okresach adolescencji to one są częściej niż chłopcy sprawczyniami przemocy, co jednak nie oznacza, że są mniej narażone na jej konsekwencje (Taquette i Monteiro, 2019). Zarejestrowane sytuacje przemocy wskazują na częstsze jej występowanie wśród kobiet będących w wieku wczesnej dorosłości (między 18 a 29 rokiem życia) niż starszych (powyżej 30 roku życia). Dla kobiet młodszych wyniki mówią o 6% doświadczenia przemocy fizycznej i/lub seksualnej przy aż 48% przemocy psychicznej, natomiast dla kobiet starszych dane te wynoszą odpowiednio 4% i 32% (*Violence against Women: An EU-Wide Survey*, za: Vives-Cases i in., 2021). Taki stan rzeczy ma silny związek z istniejącymi normami dotyczącymi płci, które powodować mogą nierówności w związkach oraz stosowanie przemocy właśnie wobec kobiet. Na tej podstawie wyłoniło się m.in. pojęcie machizmu (esp. *machismo*), które mówi o postrzeganiu osób płci męskiej jako istot będących w hierarchii ludzkiej wyżej niż osoby identyfikujące się jako kobiety (Moral de la Rubia i Ramos Basurto, 2016, s. 39). Różnice płciowe wskazują tutaj na bycie niezależnymi i stanowczymi przez mężczyzn i chłopców oraz słabymi, zależnymi i uległymi przez kobiety i dziewczęta. Mimo że związane z różnicami w obrębie płci stereotypy coraz bardziej zanikają, nadal jednak w wielu kulturach i społeczeństwach odgrywają znaczącą rolę. Może mieć to bezpośredni wpływ m.in. właśnie na częstsze stosowanie przemocy podczas randek przez chłopców wobec dziewcząt niż odwrotnie. Odpowiedzią na taki stan rzeczy powinny być reakcje i skuteczne działania profilaktyczne (przeciwdziałające pojawianiu się zjawiska przemocy na randkach wśród osób będących w wieku nastoletnim) oraz wyposażanie młodzieży



w zasoby pozwalające poradzić im sobie ze skutkami tej przemocy, jeśli już staną się jej ofiarami. Tego typu działania podjęto w ramach edukacyjnego programu Lights4Violence.

## Możliwość wykorzystania elementów programu Lights4Violence w socjoterapii młodzieży

Program Lights4Violence, działający pod hasłem Lights, Camera and Action – Against Dating Violence, realizowany był w latach 2017–2019 w sześciu krajach Europy: Hiszpanii, Włoszech, Rumunii, Polsce, Portugalii i Wielkiej Brytanii (Brzezińska, 2021, s. 41). Wzięły w nim udział zespoły składające się z naukowców i naukowców z uniwersytetów w Alicante, Rzymie, Iasi, Poznaniu, Matosinhos i Cardiff. Programem została objęta młodzież z tych samych miast.

W roku akademickim 2018/2019 do szkół biorących udział w projekcie rozesłano kwestionariusze, na podstawie których zebrano dane na temat uczniów i uczennic. Osoby, które potwierdziły, że były w przeszłości lub aktualnie pozostają w związku partnerskim, zostały zakwalifikowane do dalszej części badania. Do następnego etapu nie zostały zaproszone osoby, które zadeklarowały swoją płeć jako „inną” (Vives-Cases i in., 2021, s. 3). Ostatecznie w badaniu wzięło udział 1555 osób mających w chwili jego trwania odpowiednio 13, 14, 15 lub 16 lat; w każdej z badanych szkół większość osób w próbie stanowiły dziewczęta (Pérez-Martínez i in., 2020, s. 2).

W celu zebrania danych osoby badane wypełniały kwestionariusze dotyczące stosowania przemocy na randkach. Poza częścią pierwszą, w której informacji udzielano anonimowo, w pozostałych zadawano pytania dotyczące takich aspektów, jak: klimat i bezpieczeństwo w szkole, wsparcie ze strony nauczycieli / nauczycielek i rodziców, postrzeganie przemocy, doświadczenia związane z przemocą na randkach, asertywność, agresywność, seksizm, nękanie, cyberprzemoc oraz wykorzystywanie w dzieciństwie (Pérez-Martínez i in., 2020, s. 2; *Policy brief*, 2022, s. 3). Na podstawie analizy uzyskanych informacji stwierdzono, że u osób, które miały niższe wsparcie społeczne (ze strony rodziców i/lub nauczycieli/nauczycielek) wyższy był wewnętrzny poziom akceptacji wobec stosowania przemocy (Pérez-Martínez i in., 2020, s. 4). Prawie 18% uczniów i uczennic oznajmiło, że jeszcze przed ukończeniem 15 roku życia doświadczyło wykorzystania fizycznego i/lub seksualnego (*Policy brief*, 2022, s. 3).

Na podstawie przeprowadzonych badań i ich wyników opracowano strategie profilaktyczne, które mogą być kluczowe w zapobieganiu przemocy na randkach oraz radzeniu sobie z jej psychologicznymi konsekwencjami wśród osób będących w wieku nastoletnim. Oto najważniejsze z nich:

- dbanie o pozytywne doświadczenia szkolne (mogą pełnić funkcję czynnika chroniącego wobec potencjalnego nawiązania relacji opartej na przemocy),
- rozmowy z osobami eksperckimi w obszarze edukacji seksualnej (mogą chronić przed przedwczesną aktywnością seksualną, zmniejszyć ryzyko niechcianej ciąży i złapania chorób przenoszonych drogą płciową, a także uświadamiać w zakresie zachowań będących przemocą seksualną),
- tworzenie w szkole klimatu opartego na zaufaniu i zrozumieniu (w razie wystąpienia sytuacji przemocy, w bezpiecznym środowisku ofiarom łatwiej jest podjąć kroki mające na celu poradzić sobie z psychologicznymi konsekwencjami zdarzenia) (Peterson i in., 2018; Jankowiak i in., 2020, s. 9).

Istnieje wiele gotowych programów socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży. Przykładem mogą być te dostępne w pozycjach Sawickiej (1999), Grudziewskiej (2016) czy Jagiełły (2009). Zawierają wiele scenariuszy ukierunkowanych na konkretne grupy wiekowe, dane problemy czy cele, które miałyby zostać osiągnięte w wyniku pracy z grupą. Osoby prowadzące mogą korzystać z tych dostępnych nie tylko w literaturze, ale też na stronach internetowych, udostępnionych przez kolegów i koleżanki po fachu, a także je przerabiać lub tworzyć własne. Żaden dostępny program i/lub scenariusz nie będzie jednak (nie powinien być) nigdy od razu gotowy do użycia. Osoby prowadzące socjoterapię powinny w takiej sytuacji odpowiednio zaadaptować dany program/scenariusz do swojej grupy m.in. poprzez dostosowanie konkretnych ćwiczeń – nie wszystkie bowiem będą dobrze dopasowane dla każdej z nich (Jankowiak i Soroko, 2021, s. 155). Kolejną opcją jest także stworzenie takiego scenariusza od podstaw. To osoba pracująca z daną grupą najlepiej zna jej potrzeby, ograniczenia i zasoby, dzięki czemu dobór aktywności może być jak najbardziej trafny i skuteczny. Inną opcją jest tworzenie programów, które zostaną zaadresowane do określonej grupy odbiorców/odbiorczyń lub będą podejmować specyficzny problem, z jakim może zmagać się grupa (Jankowiak i Soroko, 2021, s. 156). Jednak i w tym przypadku osoby wykorzystujące dane pomysły innych socjoterapeutów i socjoterapeutek powinny mieć na uwadze specyfikę swojej grupy, nie podążając ślepo za kolejnymi krokami w gotowym scenariuszu.

W ramach programu Lights4Violence pojawiły się ćwiczenia mające na celu wydobycie zasobów dla pozytywnego rozwoju młodzieży, wzmocnienie zdrowych relacji partnerskich, a także doskonalenie kompetencji wzmacniających zdrowe relacje. Obejmowały one takie tematy i techniki, jak:

- identyfikowanie zdrowia i dobrostanu na zdjęciach,
- zrozumienie roli zasobów dla rozwoju – czym są i gdzie się znajdują,
- łączenie zasobów rodziny, szkoły i środowiska z zasobami osobistymi,
- rekonstrukcja historii,
- odkrywanie zasobów dla pozytywnych relacji,
- demaskowanie fałszywych przekonań,
- cechy zdrowej relacji partnerskiej,
- technika gniecienia papieru – praca ze złością,
- technika BROEV w rozwiązywaniu problemów,
- style komunikacyjne i empatia,
- wzmocnianie samooceny (Davó-Blanes i in., 2022).

W kolejnej części programu odbyły się także zajęcia artystyczne, podczas których przeprowadzono warsztaty filmowe w zakresie obszaru tematycznego podejmowanego projektu. Wykaz ćwiczeń oraz ich opis można znaleźć na stronie internetowej [http://www.lights4violence.eu/sites/default/files/guides\\_docs/podrecznik\\_swiczenia\\_z\\_komiksami\\_end\\_0.pdf](http://www.lights4violence.eu/sites/default/files/guides_docs/podrecznik_swiczenia_z_komiksami_end_0.pdf).

Cele opisane przez program pokrywają się z celami edukacyjnymi, korekcyjno-terapeutycznymi oraz rozwojowymi, które można spotkać w socjoterapii młodzieży. Mogą one pełnić także funkcję celów profilaktycznych. Są to m.in.:

- zrozumienie roli czynników chroniących (zasobów) wobec występowania przemocy (tu w relacjach intymnych), a także umiejętność rozpoznawania ich w sobie, w rodzinie, w szkole i innych środowiskach oraz nauczenie się korzystania z nich,
- edukacja i podnoszenie świadomości dotyczącej znaczenia pozytywnych relacji międzyludzkich opartych na poczuciu własnej wartości i zaufaniu,
- rozwijanie umiejętności radzenia sobie z problemami i konfliktami poprzez komunikację interpersonalną, mediacje i negocjacje,
- wsparcie w przeciwstawianiu się seksistowskim postawom, tolerowaniu przemocy uwarunkowanej płcią oraz na tle seksualnym,
- umożliwienie dochodzenia swoich praw w atmosferze szacunku i ochrony przed ryzykownymi relacjami oraz nadużyciami w związkach (*Przewodnik do warsztatów dotyczących przeciwdziałania przemocy w związkach intymnych nastolatków*, 2022, s. 1).

Prowadzone analizy skuteczności programu odnosiły się do zmian w poziomie seksizmu oraz akceptacji przemocy. Postawy seksistowskie przyczyniają się bowiem do aprobowania nierówności płci w relacjach interpersonalnych i sprzyjają rozwojowi przemocy w tych relacjach. Uzyskane wyniki wskazują na korzyści z programu szczególnie dla dziewcząt, gdyż w ich postawach zaszły zmiany wspierające przekonania o znaczeniu równości w relacjach intymnych, a także braku akceptacji dla stosowania przemocy (Sanz-Barbero, 2022). Niestety, chłopcy z grupy interwencyjnej, którzy charakteryzowali się niską empatią, uzyskali w drugiej fali (w porównaniu z grupą kontrolną) wyższe wskaźniki w skali *machismo*, a więc w postawach uzasadniają wyższość i dominację mężczyzn nad kobietami (Pérez-Martínez, 2022). Wydaje się więc konieczne dostosowanie treści edukacyjnych dla chłopców w obszarze ról płciowych tak, aby nie czuli się oceniani i mogli korzystać z edukacji na temat pozytywnych przejawów męskości w relacjach intymnych.

## Zakończenie

Przestrzeń socjoterapeutyczna jest odpowiednim miejscem do poruszania tematów związanych z przemocą w związkach intymnych młodzieży. Daje ona szansę nie tylko na poznanie tematu – rodzajów przemocy czy rozpoznawania jej występowania w związkach, ale też może pełnić funkcję profilaktyczną i edukacyjną dla ofiar, sprawców przemocy czy osób będących jej świadkami. Pierwsze wyniki z zastosowania programu Lights4Violence w szkołach przyniosły pozytywne oceny zarówno wśród nauczycieli / nauczycielek, jak i uczniów / uczennic. Zauważono wzrost poczucia przynależności osób w klasie szkolnej, poprawiła się komunikacja między rówieśnikami i rówieśniczkami, a także zakończeniu uległa część istniejących sporów (Waszyńska i in., 2021; Forjaz, 2022, s. 3). Kolejnym krokiem byłoby poznanie opinii osób prowadzących i uczestniczących w socjoterapii na temat zastosowania programu (lub jego elementów) podczas zajęć.

## LITERATURA

- Brooks-Russell, A., Foshee, V.A., Reyes, H.L.M. (2015). Dating violence. W: T.P. Gullotta, R.W. Plant, M.A. Evans (red.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment*. Springer Science + Business Media.

- Brzezińska, A. (2021). Przemoc na randkach. "Lights4Violence" jako propozycja programu profilaktycznego przeciwdziałającego przemocy w związkach intymnych młodzieży. *II Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów i Trenerów*.
- Davó-Blanes, M.C., Ferrer-Cascales, R., Albaladejo-Blázquez, N., Sánchez-San Segundo, M., Pérez-Martínez, V., Vives-Cases, C. (2022). *Podręcznik ćwiczeń*. Pobrane z: [http://www.lights4violence.eu/sites/default/files/guides\\_docs/podrecznik\\_swizczenia\\_z\\_komiksami\\_end\\_0.pdf](http://www.lights4violence.eu/sites/default/files/guides_docs/podrecznik_swizczenia_z_komiksami_end_0.pdf) [dostęp: 16.12.2022].
- Dzielska, A., Kowalewska, A. (2014). Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu. *Studia BAS*, 38(2), 139–168.
- Forjaz, M.J. (2022). *Process indicators results*. Pobrane z: [http://www.lights4violence.eu/sites/default/files/annex\\_3\\_wp\\_3\\_indicators\\_isciii.pdf](http://www.lights4violence.eu/sites/default/files/annex_3_wp_3_indicators_isciii.pdf) [dostęp: 16.12.2022].
- Grudziwska, E. (2016). *Socjoterapia w pracy z dziećmi i młodzieżą. Programy zajęć, cz. 2*. Warszawa: Difin.
- Gulczyńska, A., Jankowiak, B. (2007). Poczucie koherencji studentów a jakość i trwałość ich związków partnerskich. *Seksuologia Polska*, 5(2), 66–70.
- Helios, J., Jedlecka, W. (2017). *Współczesne oblicza przemocy. Zagadnienia wybrane*. Wrocław: Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Jagięła, J. (2009). *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*. Kraków: Rubikon.
- Jankowiak, B. (2016). Rodzinne i partnerskie uwarunkowania dobrostanu studentów. *Studia Edukacyjne*, 40, 177–190.
- Jankowiak, B. (2017). *Zachowania ryzykowne współczesnej młodzieży. Studium teoretyczno-empiryczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jankowiak, B., Jaskulska, S., Sanz-Barbero, B., Ayala, A., Pyżalski, J., Bowes, N., De Claire, K., Neves, S., Topa, J., Rodríguez-Blázquez, C., Davó-Blanes, M.C., Rosati, N., Cinque, M., Mocanu, V., Ioan, B., Chmura-Rutkowska, I., Waszyńska, K., Vives-Cases, C. (2020). The Role of School Social Support and School Social Climate in Dating Violence Victimization Prevention among Adolescents in Europe. *Int J Environ Res Public Health*, 17(23).
- Jankowiak, B., Jaskulska, S., Sanz-Barbero, B., Waszyńska, K., Claire, K.D., Bowes, N., Silva, E., Neves, S., Albaladejo-Blázquez, N., Pyżalski, J., Chmura-Rutkowska, I., Vives-Cases, C. (2021). Will I Like Myself If You Hurt Me? Experiences of Violence and Adolescents' Self-Esteem. *Sustainability*, 13(21).
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2014). Wybrane problemy diagnozy opisowej w socjoterapii – aspekty teoretyczne oraz związki z funkcjonowaniem zawodowym socjoterapeutów. *Studia Edukacyjne*, 33, 165–187.
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2016). Socjoterapia jako forma pomocy psychopedagogicznej. W: B. Jankowiak (red.), *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2021). *Socjoterapia młodzieży. Studium psychologiczno-pedagogiczne*. Warszawa: PWN.
- Jaskulska, S., Jankowiak, B., Sanz-Barbero, B., De Claire, K., Bowes, N., Silva, E., Neves, S., Albaladejo, N., Pyżalski, J., Waszyńska, K., Chmura-Rutkowska, I., Vives-Cases, C. (2022). Will You Make Me Happy? The Role of Dating and Dating Violence

- Victimisation in Happiness Among Adolescents in Europe. *Journal of Happiness Studies*, 23(8), 3693–3712.
- Jedlecka, W. (2017). Formy i rodzaje przemocy. *Wrocławskie Studia Erazmiańskie*, 11, 13–29.
- Komendant-Brodowska, K. (2014). *Agresja i przemoc szkolna. Raport o stanie badań*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Kowalczyk, M., Łącka, T. (2011). Przemoc i jej mechanizmy w związkach partnerskich. *Pedagogia Christiana*, 1(27), 228–242.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J., Zwi, A., Lozano, R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Młyński, J. (2012). Przemoc w rodzinie – skala zjawiska, ofiary przemocy i formy pomocy pracowników socjalnych. *Studia Socialia Cracoviensia*, 4(2), 141–156.
- Moral de la Rubia, J., Ramos Basurto, S. (2016). Machismo, victimización y perpetración en mujeres y hombres mexicanos. *Estudios Sobre las Culturas Contemporáneas*, 21(43), 37–66.
- Pérez-Marco, A., Soares, P., Davó-Blanes, M.C., Vives-Cases, C. (2020). Identifying Types of Dating Violence and Protective Factors among Adolescents in Spain: A Qualitative Analysis of Lights4Violence Materials. *Int J Environ Res Public Health*, 17(7).
- Pérez-Martínez, V., Sanz-Barbero, B., Ferrer-Cascales, R., Bowes, N., Ayala, A., Sánchez-SanSegundo, M., Albaladejo-Blázquez, N., Rosati, N., Neves, S., Vieira, C.P., Jankowiak, B., Waszyńska, K., Vives-Cases, C. (2020). The Role of Social Support in Machismo and Acceptance of Violence Among Adolescents in Europe. Lights4Violence Baseline Results. *Journal of Adolescent Health*, 68(5), 922–929.
- Pérez-Martínez, V., Sanz-Barbero, B., Ferrer-Cascales, R., Bowes, N., Ayala, A., Sánchez-SanSegundo, M., Albaladejo-Blázquez, N., Rosati, N., Neves, S., Vieira, C.P., Jankowiak, B., Jaskulska, S., Waszyńska, K., Vives-Cases, C. (2022). Evaluation of the Lights4Violence program: reduction in machismo and acceptance of violence among adolescents in Europe. *BMC Public Health*, 22(1).
- Peterson, A.J., Donze, M., Allen, E., Bonell, C. (2018). Effects of Interventions Addressing School Environments or Educational Assets on Adolescent Sexual Health: Systematic Review and Meta-analysis. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44(3), 91–107.
- Policy brief* (2022). Pobrane z: [http://www.lights4violence.eu/sites/default/files/guides\\_docs/d4.7\\_policy\\_brief.pdf](http://www.lights4violence.eu/sites/default/files/guides_docs/d4.7_policy_brief.pdf) [dostęp: 15.12.2022].
- Przewodnik do warsztatów dotyczących przeciwdziałania przemocy w związkach intymnych nastolatków* (2022). Pobrane z: [http://www.lights4violence.eu/sites/default/files/guides\\_docs/uam\\_teaching-guideline-polandfinal\\_0.pdf](http://www.lights4violence.eu/sites/default/files/guides_docs/uam_teaching-guideline-polandfinal_0.pdf) [dostęp: 16.12.2022].
- Sanz-Barbero, B., Ayala, A., Ieracitano, F., Rodríguez-Blázquez, C., Bowes, N., De Claire, K., Mocanu, V., Anton-Păduraru, D., Sánchez-Sansegundo, M., Albaladejo-Blázquez, N., das Neves, A.S., da Silva Queirós, A.S., Jankowiak, B., Waszyńska, K., Vives-Cases, C. (2022). Effect of the Lights4Violence intervention on the sexism of adolescents in European countries. *BMC Public Health*, 22.
- Sawicka, K. (1999). *Socjoterapia*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.

- Soroko, E., Jankowiak, B. (2020). Shaping Social and Psychological Competencies or Intervening in a Crisis? Sociotherapists' Experiences of Helping Adolescents in Poland. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42, 349–365.
- Taquette, S.R., Monteiro, D.L.M. (2019). Causes and consequences of adolescent dating violence: a systematic review. *J Inj Violence Res*, 11(2), 137–147.
- Vives-Cases, C., Davo-Blanes, M., Ferrer-Cascales, R., Sanz, B., Natalia, A., Sanchez, M., Lillo Crespo, M., Bowes, N., Neves, S., Mocanu, V., Cărăușu, E., Pyżalski, J., Forjaz, M.J., Chmura-Rutkowska, I., Vieira, C., Corradi, C. (2019). Lights4Violence: A quasi-experimental educational intervention in six European countries to promote positive relationships among adolescents. *BMC Public Health*, 19(1).
- Vives-Cases, C., Sanz-Barbero, B., Ayala, A., Pérez-Martínez, V., Sánchez-San Segundo, M., Jaskulska, S., Antunes das Neves, A.S., Forjaz, M.J., Pyżalski, J., Bowes, N., Costa, D., Waszyńska, K., Jankowiak, B., Mocanu, V., Davó-Blanes, M.C. (2021). Dating Violence Victimization among Adolescents in Europe: Baseline Results from the Lights4Violence Project. *Int J Environ Res Public Health*, 18(4).
- Waszyńska, K.M., Pyżalski, J., Jaskulska, S., Chmura-Rutkowska, I., Jankowiak, B.A. (2021). Profilaktyka przemocy w związkach intymnych nastolatków: Project Lights, Camera and Action Against Dating Violence. Założenia, realizacja, rekomendacje. *Seksuologia Polska*, 19, 42–47.





# **SPRAWOZDANIA**



ANNA KACZMARSKA-PAJĄK

Polskie Stowarzyszenie Socjoterapeutów

# SPRAWOZDANIE Z DYSKUSJI PODCZAS SYMPOZJUM POLSKIEGO STOWARZYSZENIA SOCJOTERAPEUTÓW NA TEMAT PRACY SOCJOTERAPEUTYCZNEJ W TRAKCIE PANDEMII COVID-19

Pandemia COVID-19, która wybuchła w 2020 r., oraz w konsekwencji lockdown i zamknięcie instytucji państwowych postawiły specjalistów, takich jak pedagodzy, psychoterapeuci, socjoterapeuci, przed wyborem: kontynuować proces w formie zdalnej, która dla większości osób, szczególnie specjalistów prowadzących grupy, była trudna do wyobrażenia, lub zawiesić działalność. Była to niezwykle trudna decyzja, ponieważ oba wyjścia wiązały się z wieloma dylematami i trudnościami o różnej naturze – kwestiami technicznymi, dylematami emocjonalnymi, weryfikacją celów terapeutycznych.

Przygotowując się do Sympozjum Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów w 2022 r., postanowiliśmy podjąć ten temat, aby przyrzeć się tym trudnościom już z perspektywy czasu i spróbować otworzyć dyskusję, która pozwoliłaby na podsumowanie tych doświadczeń oraz wyciągnięcie wniosków na przyszłość.

Do dyskusji zaproszono specjalistów, którzy mają szerokie doświadczenie w pracy socjoterapeutycznej i psychoterapeutycznej z grupami dzieci i młodzieży. Część z zaproszonych osób miała doświadczenie w pracy zdalnej z grupą, część się na taką formę nie zdecydowała. Przygotowano pytania, które obejmowały podstawowe aspekty pracy grupowej, takie jak kwestie organizacyjne, techniczne, zjawiska związane z procesem grupowym, reakcje przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowe u uczestników i prowadzących grupy.

Dyskusję prowadziła Anna Kaczmarska-Pająk, a udział w niej wzięli organizatorzy Sympozjum, uczestnicy oraz wymienieni niżej specjaliści:

- mgr Adrianna Brzezińska – absolwentka pedagogiki, spec. socjoterapia i promocja zdrowia; doktorantka Szkoły Doktorskiej Nauk Społecznych w dyscyplinie pedagogika na Wydziale Studiów Edukacyjnych UAM w Poznaniu; do swoich zainteresowań badawczych zalicza m.in.: socjoterapię, tożsamość młodzieży, rozwój dzieci i młodzieży oraz ich funkcjonowanie w grupie, zachowania prospołeczne;
- mgr Joanna Klus – psychoterapeutka psychodynamiczna, socjoterapeutka, psycholog; posiada specjalizację kliniczną w zakresie psychoterapii dzieci i młodzieży; doświadczenie w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą w formule indywidualnej i grupowej zdobywała przez ponad 15 lat w ramach struktury Dziennego Ośrodka Socjoterapii, instytucjonalnej pieczy zastępczej, Dziennego Oddziału Psychiatrycznego, Poradni Zdrowia Psychicznego oraz gabinetu prywatnego; współautorka wystąpień na temat wykorzystywania podejścia psychodynamicznego w pracy z grupami dziecięcymi i młodzieżowymi (spotkanie Sekcji Psychoterapii Dzieci i Młodzieży przy PTPPd, II Konferencja Stowarzyszenia Socjoterapeutów); współpracuje z Ośrodkiem Terapii i Psychoedukacji „Kompas”;
- mgr Monika Kruk – psychoterapeuta psychodynamiczny, certyfikowany socjoterapeuta, pedagog; prowadzi psychoterapię w nurcie psychodynamicznym; posiada doświadczenie w pracy indywidualnej i grupowej z pacjentami dorosłymi oraz młodzieżą; ukończyła Studium Socjoterapii i Treningu Interpersonalnego oraz Szkołę Psychoterapii w Krakowskim Centrum Psychodynamicznym; należy do Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej i Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów; swoją pracę poddaje regularnej superwizji u superwizorów Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej i Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; pracuje w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Chojnicach, NZOZ Promedica w Chojnicach oraz gabinecie prywatnym;
- mgr Monika Szopińska – psychoterapeuta, certyfikowany socjoterapeuta; właścicielka Kilimandżaro – ośrodka, w którym odbywają się zajęcia grupowe dla dzieci i młodzieży; propagatorka aktywizujących metod pracy i technik rozwijających twórczy potencjał uczestników;
- mgr Katarzyna Wieczorek – psycholog, certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, certyfikowany psychoterapeuta Międzynarodowego Towarzystwa Psychoterapii Zorientowanej na Przeniesieniu (TFP), superwizor szkoleniowy Krakowskiego

Centrum Psychodynamicznego, rekomendowany trener Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, socjoterapeuta, superwizuje placówki służby zdrowia (np. Gdańskie Pogotowie Opiekuńcze) oraz gabinety prywatne (psychoterapeutów i socjoterapeutów), pracownik Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego, prezes Fundacji Wspierania Rodzin Przyszań; 20-letnie doświadczenie w pracy.

Prezentowane sprawozdanie zawiera zakodowane dane osobowe. Osobom zabierającym głos w dyskusji zostały nadane pseudonimy (prelegentka A–prelegentka H), a przypisane im litery odpowiadają kolejności zabierania głosu przez poszczególne osoby i nie wiążą się w żaden sposób z ich faktycznymi inicjałami.

*Anna Kaczmarska-Pająk: Jakie wątpliwości pojawiały się przy rozważaniu podjęcia pracy socjoterapeutycznej w formie online? Czy miały one wpływ na decyzję o podjęciu takiej formy pracy?*

Pierwsza z osób dyskutujących (prelegentka A) stwierdziła, że sytuacja zastała ją w momencie, kiedy była w trakcie pracy z grupą socjoterapeutyczną młodzieżową prowadzoną w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Decyzja dotycząca przejścia na pracę zdalną wiązała się z tym, że grupa była już w procesie, dlatego prelegentka A podjęła decyzję, żeby doprowadzić pracę do końca pomimo wątpliwości dotyczących tej formy pracy. Ułatwieniem dla niej w podjęciu decyzji był fakt, że grupa była w momencie, kiedy udało się przepracować fazę kryzysu i wejść w fazę konstruktywnej pracy, pomiędzy uczestnikami panowała autentycznie atmosfera bezpieczeństwa i zgody na szczery kontakt. To dawało nadzieję na rzetelne omówienie tego, co się dzieje, i de facto podjęcie wspólnie z grupą decyzji, czy i w jakiej formie będzie przebiegać dalsza praca. Prelegentka A zauważyła, że po pierwszych trudnościach w poradeniu sobie z różnymi emocjami musiała razem z grupą przeformułować sobie to, jak do tej pory pracowali. W kolejnym roku, ze względu na wymogi poradni, nie było możliwe prowadzenie zajęć stacjonarnie, jedyną dostępną formą był kontakt online, więc ze względu na swoje doświadczenia pracy w takiej formie prelegentka podjęła decyzję o tym, aby nie rozpoczynać nowej grupy.

Kolejna osoba (prelegentka B), która wzięła udział w dyskusji, oświadczyła, że u niej w pracy z grupą czas między zamknięciem bezpośredniego kontaktu z dziećmi a uruchomieniem pracy grupowej był przedłużony. Spowodowane to było jej przekonaniem, że taka praca jest niemożliwa. Prowadzącą grupę

zadeklarowała jako mierzącą się z dużym oporem wewnętrznym. Jej osobiste wyobrażenie o tym, że to nie jest możliwe, miało wpływ na to, że przejście na system zdalny nastąpiło z opóźnieniem. Jej wątpliwości dotyczyły m.in. tego, że wypracowany z grupą kontrakt nie zakładał możliwości pracy zdalnej i – co się z tym wiąże – nie było w grupie oraz między prowadzącymi rozmowy na ten temat.

Następna dyskutantka (prelegentka C) relacjonowała, że projekty socjoterapeutyczne w Fundacji od 2016 r. realizowane były głównie w szkołach, więc kiedy szkoły na początku pandemii się zamknęły, to od marca do września nie mogli uruchomić działań. Próbowali jednak kontaktować się z dziećmi w różny sposób.

Kolejny głos w dyskusji zabrała osoba (prelegentka D), która podczas pandemii prowadziła grupę psychoterapeutyczną dla 10–12-latków. Taka grupa psychoterapeutyczna nie jest w stanie funkcjonować bez wykorzystania socjoterapii, więc ona również korzystała z różnych technik socjoterapeutycznych. Kiedy rozpoczęła się pandemia, to proces grupowy, który zaczął się już we wrześniu, był na zaawansowanym poziomie i osoby prowadzące grupę miały mnóstwo dylematów, zanim podjęły decyzję, czy prowadzić tę grupę online, czy nie. Dylematy te obejmowały różne kategorie, od podstawowych, technicznych kwestii, polegających na tym, czy np. grupę prowadzić z sali, w której zajęcia odbywały się przed pandemią... Dopiero w tym momencie prowadzące doświadczyły, jak bardzo wspólna przestrzeń jest ważna, pojawiły się wątpliwości, czy relacje można przenieść do sieci. Grupa miała bowiem swoją salę, w tej sali swoją tablicę, były dwa bardzo ważne fotele, o które toczyły się różne walki w grupie na przerwach. Były też dylematy wokół tego, jak kontrolować proces grupowy w sytuacji, kiedy nie jesteśmy w stanie do końca kontrolować kontraktu. Problemem były kwestie techniczne, np. łącze internetowe naszych pacjentów, ale również nasze potrafiło być zawodne. Pojawiały się także rozważania wokół zjawiska oporu pacjentów czy ich jeszcze większej regresji spowodowanej właśnie sytuacją pandemii, po taki dylemat, czy nasza grupa, w takiej formule jest w stanie realizować cele, które sobie założyła. Była to grupa pracująca w settingu cztery razy w tygodniu i pacjenci byli niżej zorganizowani, jeśli chodzi o poziom rozwoju osobowości. Grupa była zróżnicowana, jeśli chodzi o problematykę, jak i poziom zaburzenia poszczególnych pacjentów. Ostatecznie podjęto decyzję o tym, aby zawiesić działanie grupy na czas pandemii. Prowadzące umówiły się z grupą na jedno spotkanie kończące. Było to dla wszystkich niezwykle trudne doświadczenie, zarówno technicznie, jak i emocjonalnie. Zdaniem prelegentki utwierdziło to wszystkich w podjętej decyzji i tym, że nie dadzą rady przenieść

tego procesu do formuły online. Każdemu z pacjentów prowadzące proponowały kontakt indywidualny. W momencie kiedy już mogli się spotkać na żywo, wrócili do starej formuły.

*Anna Kaczmarska-Pająk: Ważny jest dylemat dotyczący właściwego odtworzenia przestrzeni, w której grupa fizycznie pracuje, gdyż ta przestrzeń jest bardzo ważna dla grupy. Jak Panie radziły sobie z tą kwestią?*

Na postawione pytanie jedna z prelegentek (prelegentka A) zadeklarowała, że jej zdaniem to odtworzenie przestrzeni było niemożliwe. Kolejny problem dotyczy według niej spłylenia pracy terapeutycznej online. Prowadzące próbowały ten temat wprowadzić do grupy, umożliwić uczestnikom nazwanie swoich uczuć w związku z tym, co się dzieje. Ten proces doprowadził z powrotem do dyskusji na temat kontraktu, który został zmieniony. Zawarto w nim elementy dotyczące tego, jak pracować zdalnie. Prelegentka przywołała także przykład chłopca, który miał bardzo trudną sytuację rodzinną i trudność ze znalezieniem miejsca, aby móc bezpiecznie się łączyć z terapeutkami. Dyskutantka opisała proces poszukiwania rozwiązania tej sytuacji i stwierdziła, że zajmowanie się realnością towarzyszyło tej grupie przez jakiś czas. Stwierdziła, że grupie udało się przepracować ten kryzys, ponieważ uczestnicy sami wracali do celów, i wskazała kolejny przykład osoby, której celem było otwieranie się na relacje z ludźmi w realnym kontakcie – uznała, że tego celu nie da się przepracować w formie online. Dyskutantka była poruszona tym, co wydarzyło się podczas pracy w tej grupie, jak dużo energii uczestnicy włożyli w to, żeby ostatnie spotkanie zorganizować na żywo. Szukano takich miejsc, żeby było intymnie, żeby nikt nie przeszkadzał podczas spotkania. Grupa wybrała leśną polanę, a prowadząca grupę miała wrażenie, że była to walka o kontakt bezpośredni, który był tej grupie niezwykle potrzebny.

*Anna Kaczmarska-Pająk: Jak wyobrażały sobie Panie ustalenie settingu w pracy online? Czy rozważano wprowadzenie różnic w porównaniu z pracą stacjonarną? Jakie pojawiały się obawy przed decyzją o podjęciu takiej formy pracy? Jakie pojawiały się problemy już podczas pracy? Czy problemy techniczne można interpretować jako przejaw oporu? Jak traktować łamanie settingu w pracy online?*

Prelegentka B stwierdziła, że trudno jej było wyobrazić sobie utrzymanie dotychczasowego settingu, w szczególności dotychczasowego czasu trwania

spotkania, zależało jej jednak na tym, aby mimo trudności spotkać się z grupą, nawet kosztem skrócenia zajęć. Wraz z drugą osobą prowadzącą grupę zakładały bowiem, że każdy z uczestników może różnie reagować na taką formę kontaktu.

Prelegentka B przypomniała sobie obawy związane z tym, jak uczestnicy grupy poradzą sobie w nowym doświadczeniu. To byli uczniowie klasy VI i VII szkoły podstawowej z dużymi trudnościami w komunikacji, umiejętności werbalizowania, rozmawianiu ze sobą, mówieniu o sobie. Prelegentka ta miała wrażenie, że dotychczasowe zajęcia i bardzo różnorodne techniki, jakie były stosowane w czasie pracy z nimi, rzeczywiście pomagały im w tych trudnościach. Obawiała się przejścia na kontakt zdalny, bała się tego, że zobaczą się i nie będą do siebie mówić. Natomiast okazało się, że ta nowa przestrzeń pokazała uczestników zajęć z zupełnie innej strony. Zaskakujące było to, że dzieci, które nie miały relacji rówieśniczych w świecie realnym, zupełnie inaczej funkcjonowały w kontakcie online. Sprawiały wrażenie, jakby to było dla nich łatwiejsze, wypowiadały się w swobodny sposób. Prelegentka B stwierdziła także, że kwestie techniczne, typu włączanie, wyłączanie kamery, słaby, uciekający zasięg, mogą być komunikatem o tym, jak w danym momencie funkcjonuje ten uczestnik grupy, co on przekazuje. Przytoczyła przykład uczestnika, któremu było trudno podczas zajęć wytrzymać poszczególne ich etapy, łamał zasady. W części rozpoczynającej, kiedy dzieci komunikowały to, jak się czują, z czym przychodzą, on komunikował na poziomie niewerbalnym, z ciała, ale także werbalnie, że się nudzi, że jest mu trudno tutaj wytrzymać w tym wysłuchiwanie innych. Po przejściu na kontakt online pokazywał to w taki sposób, że miał dużo różnych aktywności z ekranem, komputerem, głośnikiem, więc tu można mówić o oporze. Prelegentka B uznała, że potrzebne są duża czujność, obserwacja i porównanie funkcjonowania uczestników w kontakcie stacjonarnym i online, by móc odpowiedzieć na pytanie, czy to jest forma oporu, napięcie czy realna trudność, z którą dziecko się mierzy.

*Anna Kaczmarska-Pająk: Pomyślałam, że idąc tym tokiem myślenia, trudno sobie wyobrazić prowadzenie takiej grupy w momencie, kiedy zna się te dzieci tylko online, czyli zaczynać pracę z grupą tylko w formie online, wtedy te wszystkie informacje, o których Pani mówi, po prostu nie będą dostępne.*

Prelegentka B przytaknęła i stwierdziła, że kontrakt grupowy i zasady, o których wspominała prelegentka A, musiały zostać przeformułowane.



Podkreśliła, że dla socjoterapeutów, którzy pracują z grupami, chlebem powszednim jest rozpoczynanie procesu grupowego od formułowania zasad, spisywania ich i omawiania; stwierdziła, że ten rok, kiedy okazało się, że trzeba przejść na system zdalny, pokazał, jak ważne są te zasady. Prowadzący grupy socjoterapeuci nie mieli pracy zdalnej zapisanej w kontrakcie, nie mieli też kontaktów mailowych i telefonicznych do poszczególnych uczestników zajęć, doświadczyli zatem realnego braku tego, co w ogóle umożliwiłoby kontynuację procesu, kontakt z rodzicami. To budziło dużo niepokoju.

Następnie głos zabrała prelegentka D. Odnosząc się do wypowiedzi prelegentki B, powiedziała, że jej obawy nie dotyczyły ciszy na łączach, ale przekrzykiwania się. W jej pracy tak się działo, miała grupę, w której był duży deficyt opieki i duża potrzeba uwagi ze strony uczestników. Prelegentka D zauważyła, że pierwszy moment spotkania był bardzo trudny. Miała wrażenie, że właściwie nic jej i kotrenerki nie zaskoczyło, że mniej więcej spodziewały się zachowań poszczególnych pacjentów, nowością były tylko kwestie techniczne, które uczestnicy wykorzystywali do tego, żeby z prowadzącymi w nowy sposób dialogować. Przeniesienie nie było inne, ale prowadzące miały poczucie większego regresu u niektórych pacjentów. Zdaniem prelegentki D obawy prowadzących dotyczyły tego, jak skontrolować trudne sytuacje w grupie, np. kiedy ktoś będzie odreagowywał czy będzie w silnej opozycji, silnym oporze. Prelegentka przywołała zdarzenie ze spotkania, podczas którego jeden z pacjentów nagle wyszedł z pokoju i zniknął – grupa to bardzo przeżyła, zareagowali dużym lękiem i to potwierdziło obawy terapeutek dotyczące trudności w zatroszczeniu się o każdego z pacjentów i osadzeniu go w ramach, które są ważne dla procesu leczenia, jak i trudności w zatroszczeniu się o grupę, bo tego typu były poza kontrolą prowadzących. Prelegentka D zauważyła, że wcześniej, jeśli pacjent wychodził z sali, to nadal znajdował się na terenie ośrodka, fizycznie był zatem obecny, mimo że poza grupą. Dyskusantka podkreśliła także, że dużo obaw dotyczyło sposobu i możliwości skontrolowania procesu grupowego oraz zasad, które będą mogły być realnie wprowadzone i przestrzegane.

Do dyskusji włączyła się osoba z widowni, odnosząc się do tematu odreagowań. Osoba ta prowadzi grupy w obszarze profilaktyki o charakterze socjoterapeutycznym i kiedy zaczynała prowadzić grupy online, obawiała się o emocjonalne odreagowania. Dla niej zabezpieczeniem był też ścisły kontakt z rodzicami.

Głos zabrała prelegentka C, która zauważyła, że w pracy z osobami poniżej 18 roku życia niezbędne jest uzyskanie zgody ich rodziców. Odniosła się także

do kwestii interpretacji oporu. Zauważyła, że socjoterapia w czasach pandemii bardzo się zmieniała, uzyskała nowy wymiar – mowa jest tutaj o różnych dylematach, na co kłaść większy albo mniejszy nacisk, na co się zgadzać albo nie. Podkreśliła, że trudności w prowadzeniu socjoterapii online dotyczą przede wszystkim formy kontaktu, czyli tego, na ile rozumieć wyłączanie kamer albo brak udziału w zajęciach jako przeniesieniowe zjawisko, a na ile to jest realność. Tego nie można sprawdzić, a brak fizycznego kontaktu z pacjentami powoduje, że trener nie ma kontaktu z ich przeniesieniem. Podkreśliła, że dzieci mierzą się z czymś takim, co dla psychoterapeutów może być trudne do uznania, mogą nie chcieć włączyć kamerki z jakiegoś emocjonalnego powodu, trudno jest jednoznacznie zadecydować, czy jest to z ich strony opór, czy też nie mogą się połączyć ze zwykłych życiowych powodów.

Prelegentka A stwierdziła, że także miała duży dylemat i poczucie, że zajmowała się realnością, i to się ujawniało w kontrakcie, który był naprawdę bardzo szczegółowy, ale mimo tego pojawiały się różne sytuacje związane z tym, że pacjenci przebywali podczas spotkań w swojej prywatnej przestrzeni (najczęściej w domu).

Do dyskusji włączyła się prelegentka C, która podkreśliła, że te kwestie powinny podlegać superwizji. Zaznaczyła, że podczas prowadzenia grup socjoterapeutycznych online młodzież nie jest w pełnym kontakcie i nie do końca można to rozumieć jako opór. Wskazała, że w sytuacji, kiedy prowadzący nie ma rzeczywistego kontaktu, to może mu umykać pewien rodzaj negatywnego przeciwpreniesienia, zwłaszcza w relacji grupowej, w której jest wiele osób.

Z prelegentką A zgodziła się prelegentka B, dodając, że moment, o którym aktualnie toczy się dyskusja, to jest już inny moment niż ten, do którego się ona odwołuje, czyli moment lockdownu; stwierdziła, że także podczas spotkania w ramach Sympozjum ma kłopot z tym, że widzi samą siebie na ekranie i koncentruje się na własnej ruchliwości. Uznała, że podczas prowadzenia grupy, kiedy była zaabsorbowana sobą, ma pewność, że różnych negatywnych przeniesień nie czytała.

W dalszej części dyskusji głos zabrała prelegentka D, dodając kolejny wątek. Odniosła się do znaczenia realnego kontaktu z pacjentem, zanim podejmie się z nim pracę online. Podała przykład pacjentki indywidualnej, która podczas sesji online stwierdziła, że terapeutka jest jak duch i poproszona przez nią o dookreślenie, co ma na myśli, stwierdziła: „A, bo pani tak tam jest, ale ja w zasadzie nie wiem, nie czuję, tak sobie muszę to wyobrazić”. Prelegentka D zauważyła, że nawet podczas spotkania w ramach Sympozjum nie jest łatwe,

żeby być w pełni, w pełni się angażować, w pełni przeżywać, poczuć ten kontakt, a co dopiero kiedy dotyczy to otwarcia przestrzeni na trudności, zbliżenia emocjonalnego i doświadczenia wsparcia.

Głos zabrała prelegentka E, która zaczęła pracować w świetlicy socjoterapeutycznej już w czasie pandemii i nie ma doświadczenia, jak to było przed pandemią. Pracowała z młodszą grupą 6–9 lat i zauważyła, że kłopotem było pamiętanie o wyłączeniu i włączaniu mikrofonu przez dzieci, czasem spowodowane brakiem umiejętności w tym zakresie. Podała przykład dwóch chłopców, którzy dołączyli do placówki w trakcie pandemii, w czasie zamknięcia. Byli to bracia, którzy rozbijali zajęcia – siedzieli obok siebie, zniemacka zaczęli się bić, dokuczać. Podjęto decyzję o podzieleniu tej grupy na dwie mniejsze, co odniosło pewien rezultat, ale nadal ci chłopcy mieszkali razem i nawet jeśli jeden z nich miał zajęcia, to drugi i tak gdzieś się przewijał, i tak dokuczał, siedział, nie chciał odejść, a rozmowa z mamą tych chłopców też nie zawsze dawała jakieś rezultaty.

*Anna Kaczmarska-Pająk: Na ile w Państwa odczuciu praca online może zmieniać pracę socjoterapeutyczną / terapeutyczną, w której dziecko może mieć poczucie, że terapia w takiej formie jest dla niego bardziej swobodna, przybiera formę zabawy, a tym samym zaczyna tracić dla niego charakter psychokorekcyjny?*

Głos zabrała prelegentka D. Stwierdziła, że taka sytuacja ma dwie strony: formuła online może służyć pracy, ale z drugiej strony jest znowu jeszcze realność, w której ta dana osoba jest w swoim domu, za ścianą jest jego rodzic, jego rodzeństwo i to może także powodować, że ta formuła nie zawsze może być taka głęboka i mieć korekcyjny charakter. Jej zdaniem trudno poczuć się bezpiecznie, czy mieć takie samo poczucie bezpieczeństwa, jak ma się w sali, poza domem, wśród osób, które już się jakoś oswoiło i poznało.

Prelegentka C zgodziła się z poprzedniczką i dodała, że wiele realnych doświadczeń pacjentów wpływa na to, czy spotkanie ma charakter psychokorekcyjny. Wskazała m.in. środowisko rodzinne dzieci, którego nie chcą one sobie nawzajem pokazać.

Z kolei prelegentka B zauważyła, że można znaleźć w powyższych wypowiedziach także koła ratunkowe. Odniosła się do przykładu przedstawionego podczas obrad Sympozjum polegającego na stworzeniu wspólnej przestrzeni poprzez siadanie na dywanie, stworzenie takiego mikrodoświadczenia, mikrokosmosu. Prelegentka zrozumiała to rozwiązanie jako koło ratunkowe,

mikroelement, który powodował, że wszyscy czuli się wspólnotą. W jej grupie były dzieci z diagnozą zespołu Aspergera, jak i dzieci, które miały trudności emocjonalno-społeczne. Początek zajęć był bardzo ważny. Prelegentka zaznaczyła, że sądziła, iż przejście na system zdalny będzie chwilowe i że nic nie trzeba będzie zmieniać. Zauważyła, że nie dało się wszystkich celów zrealizować w takiej sytuacji, ale pozytywne było samo połączenie się z prowadzącymi, a fakt, że dzieci mogły się zobaczyć z terapeutkami i powiedzieć, co o tym myślą, jak się czują, pełnił funkcję korekcyjną. Prelegentka uznała, że nie da się porównać zdalnego kontaktu z pracą na żywo, ale równocześnie podkreśliła, że jakaś część wspólnoty, która się odtworzyła w tym kontakcie zdalnym, była wartościowa.

*Anna Kaczmarska-Pająk: Jak w kontakcie online wygląda gra przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowa – czy jest możliwa do rozeznania? Czy bezpieczne jest torowanie rozwoju przeniesienia, szczególnie przeniesienia negatywnego? Jaka jest specyfika faz rozwoju grupy w formie online? Czy bezpieczne jest torowanie fazy konfliktu, a na ile pojawia się tendencja do utrzymywania się na poziomie bezpiecznym, gdzie prowadzący nie doprowadzają do uruchomienia bardzo silnej reakcji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej?*

W odpowiedzi na te pytania głos zabrała prelegentka A. Stwierdziła, że praca nad kryzysem w grupie nie może przebiegać tak samo w warunkach stacjonarnych i zdalnych, chociażby z uwagi na ciągle towarzyszącą obawę, że spotkanie online łatwiej jest przerwać. Z tego powodu uznała za zasadne raczej hamowanie konfliktów, co w efekcie słyca kontakt i zdecydowanie utrudnia pracę nad założonymi celami terapeutycznymi. W grupie, którą prowadziła, kluczowe były moment przejścia na pracę zdalną i wcześniej przepracowane kryzysy w warunkach stacjonarnych. Między innymi z tego powodu nie zdecydowała się na prowadzenie grupy wyłącznie w formie online w kolejnym roku.

Odnosząc się z kolei do drugiego pytania, prelegentka A powiedziała, że miała duży problem z rozszyfrowaniem gry przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej w momentach nietypowych zachowań uczestników, na ile były one wyrazem realności (np. trudności z łączem internetowym), a na ile oznaczały rozwijające się przeniesienie negatywne. Miała wrażenie, że są to sprawy bardzo indywidualne, a czynnikiem znaczącym dla rozeznania sytuacji był całościowy sposób funkcjonowania danej osoby w odniesieniu

do całości procesu grupowego. Stwierdziła, że gdyby dotyczyło to grupy, która pracuje tylko online, byłoby to dużo trudniejsze. Silne negatywne reakcje przeniesieniowe zawsze stanowią ryzyko w procesie socjoterapeutycznym. Ryzyko to zdaniem prelegentki jest tym większe, im słabsze jest przymierze terapeutyczne. Z jej doświadczeń wynika, że zbudowanie takiego przymierza z grupą w warunkach pracy zdalnej jest raczej niemożliwe.

Prelegentka B zauważyła, że nie jest łatwo odnieść się do tego pytania, bo doświadczenie grupy, z którą pracowała, było dla niej bardzo trudne i ma poczucie, że nie miała wystarczających umiejętności wymaganych do bycia z grupą w takiej formie. Brakowało jej spokoju, co bardzo utrudniało rozeznanie i rozpoznanie gry przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej. Prelegentka była bardzo skupiona na tym, żeby wszystko kontrolować i łagodzić, a jednocześnie cieszyć się razem z uczestnikami grupy z faktu bycia razem w doświadczanej przez wszystkich trudności. Utrudnieniem w rozeznaniu tego, co się tak naprawdę dzieje, gry przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej, były zdaniem prelegentki jej napięcia, brak umiejętności w pełni swobodnej pracy z tą grupą w tym systemie. Uważa, że praca na żywo daje więcej swobody i przestrzeni u prowadzącego do tego, by do tej przestrzeni wpuścić grupę. Dyskutantka ma poczucie, że w tej formie tej przestrzeni w niej samej było mniej niż w bezpośrednim kontakcie. Jej zdaniem stosowniejsze do sytuacji okazało się bezpieczne bycie przy grupie, przy tych członkach grupy, którzy uczestniczyli w spotkaniach online, co nie oznacza jednak, że nie były podejmowane takie kwestie, jak nieobecności niektórych osób. Pomocne w tej sytuacji okazały się wcześniejsze doświadczenia i widoczna u uczestników umiejętność „złoszczenia się”, np. na nieobecność, brak kontaktu z niektórymi uczestnikami. Dodała, że u prowadzących pojawiał się duży niepokój związany z wyobrażeniem zniknięcia, rozpadu grupy, co miało wpływ na decyzję o raczej bezpiecznym kontrolowaniu procesu konfliktowania się.

Prelegentka D zgodziła się z poprzedniczką i przyznała, że mimo małego doświadczenia w pracy online z grupami na podstawie kontaktu z pacjentami indywidualnymi wie, jakie to było trudne na początku, ale też że potem było to już łatwiejsze i mniej wyczerpujące. Stwierdziła, że z podobną sytuacją mamy do czynienia na początku doświadczenia bycia terapeutą grupowym, socjoterapeutą. Wówczas trudnością jest, żeby skoncentrować wszystkie emocje, zobaczyć, co się w tej grupie dzieje, jaki jest rodzaj przeniesienia, jaka jest nasza reakcja emocjonalna, żeby się do tej reakcji dystansować. Podkreśliła, że ta umiejętność jest też techniką pracy, której my się uczymy w pracy

stacjonarnej, i stwierdziła, że być może również jest do wyuczenia w formie online, tylko wymaga po prostu czasu czy nauki jakiejś nowej techniki.

*Anna Kaczmarska-Pająk: To ważne, co Pani mówi o technice, ale chciałam wrócić do pytania, co w momencie, kiedy pojawia się silna reakcja emocjonalna, a równocześnie, jak już o tym mówiłyśmy, nie ma kontroli. Ciekawa jestem Waszej opinii, czy skłaniacie się do tego, żeby torować ten proces, czy raczej nie?*

Głos zabrała prelegentka B, stwierdzając, że jest raczej na nie. Podzieliła się swoimi wyobrażeniami dotyczącymi skonfrontowania się z uczuciem, że ta nieobecność to było opuszczenie, porzucenie grupy. Jej zdaniem miałyby w związku z tym tendencję, żeby działać reparatornie i z niepokojem myślałyby o ewentualnym torowaniu konfliktu. Opisała przypadek z własnej praktyki, kiedy dwóch uczestników prowadzonej przez nią grupy wypadło w kontakcie zdalnym, i to nie z takich powodów związanych z realnością, tylko ze względu na to, że grupa była w takim momencie procesu grupowego, kiedy tak naprawdę opór zaczynał być jakoś przełamywany, dzieci zaczęły nazywać wprost to, co widzą, komunikować się między sobą bardziej otwarcie, i to nie było jeszcze przepracowane, ale już zaczęło być powoli nazywane. Padały takie komunikaty: „Ty się nie odzywasz”, „Ty przeszkadzasz”, „Ty coś robisz”, „Ty się spóźniasz”, „Ciebie nie ma”, i w momencie kiedy grupa przeszła na system zdalny, to te dzieci, które już w grupie komunikowały swoją niechęć do wspólnego bycia, po prostu zniknęły. Natomiast grupa też zaczęła właściwie nazywać to, co się wydarzyło, takimi komunikatami: „My to już widzieliśmy, ich to już właściwie wcześniej nie było”. Prelegentka stwierdziła, że nie była skłonna ryzykować brnięcia dalej w to, co to dla uczestników oznacza, jak to dalej można nazywać, bo wydawało jej się, że na ten moment to, co było uczestnikom potrzebne, to miejsce, gdzie mogą bezpiecznie się wypowiadać. Prelegentka zaznaczyła, że jej zdaniem w sytuacji, kiedy grupa nie przepracowała kryzysu w pełni, pójdzie dalej wydawało się dość ryzykowne.

Prelegentka A zauważyła, że należy wrócić do tematu ewentualnej korekty celów. To, jak grupa przepracowuje ten kryzys zmiany formy spotkań i co się wokół tego dzieje, nazywanie konfliktów, różnych trudnych rzeczy w relacjach społecznych, ma wartość psychokorekcyjną.

Prelegentka D dodała, odnosząc się do wypowiedzi prelegentki B, że taka sytuacja, w której w ogóle miałyby się tego przeniesienia nie zauważyć, mogłaby spowodować wypadnięcie pewnych uczestników albo w ogóle

rozpad grupy. Jej zdaniem niemożliwe jest, żeby w ogóle nie dać przestrzeni na omawianie tych zjawisk. Podkreśliła, że sama w pracy indywidualnej była łagodniejsza w swoich różnych interwencjach i uznała, że gdyby prowadziła grupę, też byłaby nieco mniej konfrontacyjna i też w rezultacie mniej dawałaby możliwości konfrontowania się grupie. Dodała, że jest niemożliwe, żeby ignorować wszystkie konflikty, bo jeśli one nie są na wierzchu, to są gdzieś pod spodem; jest niemożliwe, żeby zupełnie się tym przeniesieniem nie zajmować.

Prelegentka B uznała, że potrzebna jest równowaga, i przyznała, że czas pracy zdalnej to był moment na więcej delikatności, więcej ostrożności i więcej zwracania uwagi na zasoby, na potencjał, oczywiście bez pomijania nieobecności osób.

*Anna Kaczmarska-Pająk: Jakie mogą występować możliwe trudności po stronie prowadzącego w pracy online? Chodzi np. o łatwość rozpraszania się, ograniczenie kanału niewerbalnego – nie widać całych sylwetek uczestników, zakłócenia połączenia itd.*

Jako pierwsza w odpowiedzi na to pytanie głos zabrała prelegentka D. Jej zdaniem praca online była momentami wygodna, i to doceniała. Przyznała, że w swojej pracy także była nadmiarowa na początku, bardzo się starała mówić wyraźnie i być w bardziej intensywnym kontakcie, co było dla niej trudniejsze i bardziej wyczerpujące, ponieważ trudno było jej poczuć grupę w takiej formie, rozpoznawać to, co się dzieje. Podkreśliła, że doświadczenie tego, jak fizyczność jest ważna dla pracy grupowej, było niezwykle i nie miałyby go, gdyby nie pandemia. Dla prelegentki ważne jest, żeby swoich pacjentów czuć, w takim nie do końca możliwym do nazwania sensie.

Prelegentka E zaprezentowała swój dylemat wyrażony pytaniem – co jest lepsze: łączyć się na kamerkach, gdzie można zobaczyć swoje twarze, mimikę twarzy uczestników, czy być w tym kontakcie fizycznym, mimo że nie widać wówczas całej twarzy (obowiązek noszenia maseczek)? Przytoczyła też przykład z własnego doświadczenia, kiedy jeden z uczestników podczas kilku spotkań bardzo emocjonalnie reagował i rozłączał się. Prelegentka wraz ze współprowadzącą socjoterapię nie wiedziały, co robić w takiej sytuacji, dzwoniły do mamy tego chłopca, ale z czasem rozwiązywały tę trudność w taki sposób, że jedna z trenerek pozostawała na spotkaniu z całą grupą, a druga łączyła się z tym chłopcem indywidualnie.

Prelegentka C zauważyła z kolei, że w jej doświadczeniu pracy online trudnością było włączanie kamerek, i dodała, że jej zdaniem dzieci mogą przeżywać pewien poziom wstydu i dyskomfortu, o czym prowadzący mogą nie wiedzieć. Kiedy nie mamy fizycznego kontaktu ze sobą, to relacja przebiega inaczej i wszyscy musimy się tego uczyć, podobnie jak uczyć się tego, jak rozpoznawać przeniesienie i przeciwprzeniesienie.

Na zakończenie głos zabrała prelegentka A, zgadzając się z powyższymi wypowiedziami, szczególnie ze stwierdzeniem, że zmiana trybu pracy zmusiła wszystkich do uczenia się nowych technik. Przyznała, że także miała poczucie nadmiernego skupienia na sobie, nie była pewna, czy ma w sobie przestrzeń wystarczającą dla uczestników, była bardziej skoncentrowana na mowie niewerbalnej i na tym, co się między nimi dzieje.

W tym momencie dyskusja się zakończyła, a przewodnicząca Sympozjum, pani Barbara Wota, udzieliła głosu uczestnikom, którzy mogli zadać pytania. Na zakończenie prowadząca dyskusję Anna Kaczmarska-Pająk podziękowała prelegentom za szczerze i otwarte podzielenie się swoimi doświadczeniami.





