

## Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej



UNIWERSYTET IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU

SERIA PSYCHOLOGIA I PEDAGOGIKA NR 195

# Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej

Teoria i praktyka

Redakcja naukowa  
BARBARA JANKOWIAK



POZNAŃ 2016

ABSTRACT. Jankowiak Barbara (ed.), *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka* [Sociotherapy as a form of psychological and pedagogical assistance. Theory and practice]. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (Adam Mickiewicz University Press). Poznań 2013. Seria Psychologia i Pedagogika nr 195. Pp. 363. ISBN 978-83-232-2585-0. ISSN 0083-4254. Polish text with English summary.

The papers in this book are part of a multidisciplinary discourse on the contemporary psychological and pedagogical assistance. They include both purely theoretical analyses and empirical considerations related to the practice of assistance work. The volume is centred around the phenomenon of sociotherapy: definitions of the concept, its functions, importance, methods and techniques. The book is divided into a theoretical and a practical part.

Barbara Jankowiak, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Studiów Edukacyjnych, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, Poland

Recenzent: dr hab. Ewa Jarosz

Publikacja finansowana przez  
Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

© Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,  
Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2013

Redaktor: Marzena Matla  
Redaktor techniczny: Dorota Borowiak  
Łamanie tekstu: Eugeniusz Strykowski  
Fotografie na okładce i na stronach działowych: Justyna Woźniak  
Projekt okładki i stron działowych: Helena Oszmiańska

ISBN 978-83-232-2585-0  
ISSN 0083-4254

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)

Wydanie I – dodruk. Ark. wyd. 25,00. Ark. druk. 22,75.

DRUK I OPRAWA: EXPOL, WŁOCŁAWEK, UL. BRZESKA 4

# Spis treści



WPROWADZENIE .....	7
--------------------	---

## SOCJOTERAPIA - REFLEKSJE TEORETYCZNE

AGNIESZKA CYBAL-MICHALSKA, Społeczeństwo globalnej zmiany i kondycja współczesnego człowieka – przyczynek do dyskusji nad ideą <i>homo explorens</i> .....	15
BARBARA JANKOWIAK, EMILIA SOROKO, Socjoterapia jako forma pomocy psychopedagogicznej .....	33
EWA KASPEREK-GOLIMOWSKA, Socjoterapia a zdrowie .....	59
BARBARA JANKOWIAK, EMILIA SOROKO, Czynniki pomocowe w socjoterapii dzieci i młodzieży – refleksja teoretyczna .....	83
KATARZYNA WASZYŃSKA, Socjoterapeuta: osoba i specjalista. Kompetencje i kwalifikacje socjoterapeuty .....	105
KATARZYNA PONIATOWSKA-LESZCZYŃSKA, Socjoterapia w podejściu psychodynamicznym .....	117
MACIEJ WILK, Diagnoza psychodynamiczna w socjoterapii .....	135
ŁUKASZ D. KACZMAREK, Psychologia pozytywna w socjoterapii: rozwijanie sił charakteru .....	155
IZABELA STANKOWSKA, MAGDALENA ROSZAK, ANITA MACHAJ-SZCZEREK, Kształtowanie optymizmu młodzieży podlegającej oddziaływaniom socjoterapeutycznym .....	167

## SOCJOTERAPIA - PRAKTYKA

MARZENA BUCHNAT, Zastosowanie socjoterapii do pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną .....	191
EWELINA SILECKA, Wybrane konteksty socjoterapii w pracy z jednostkami niedostosowanymi społecznie .....	211
KAROLINA KURYS, Grupowa interakcja autobiograficzna – znaczenie socjoterapeutyczne .....	229
ANNA GULCZYŃSKA, Możliwości wykorzystania elementów <i>coachingu</i> w pracy socjoterapeutycznej .....	243
EWELINA FLATOW, Techniki relaksacyjne w socjoterapii – perspektywa uczestnika i terapeuty .....	255

ZBIGNIEW BIELAN, IZABELA STANKOWSKA, <i>Animaloterapia w socjoterapii</i> .....	265
MAJA STAŃKO-KACZMAREK, <i>Zastosowanie metod arteterapeutycznych w socjoterapii dzieci i młodzieży</i> .....	281
KATARZYNA FORECKA-WAŚKO, <i>Muzyka, ruch, przestrzeń w rytmice i rytmikoterapii</i> .....	297
ALEKSANDRA ZAŁUSTOWICZ, <i>Wizualizacja w socjoterapii</i> .....	317
JOLANTA ENKO, <i>Twórczość w socjoterapii</i> .....	337
SOCIOTHERAPY AS A FORM OF PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL ASSISTANCE THEORY AND PRACTICE (S u m m a r y) .....	361

# Wprowadzenie



Zamieszczone w niniejszej pracy artykuły wpisują się w interdyscyplinarny dyskurs na temat współczesnej pomocy psychologiczno-pedagogicznej. W przedkładanym czytelnikowi zbiorze opracowań znalazły się zarówno analizy *stricte* teoretyczne, jak i rozważania o charakterze empirycznym, związane z praktyką pracy pomocowej. Oś narracji stanowi zjawisko socjoterapii: definicje pojęcia, funkcje, znaczenie oraz stosowane metody i techniki. W pracy wyróżniono dwie części: teoretyczną i praktyczną.

Refleksję teoretyczną otwiera artykuł Agnieszki Cybal-Michalskiej *Spółczesność globalnej zmiany i kondycja współczesnego człowieka – przyczynek do dyskusji nad ideą homo explorans*. Autorka charakteryzuje globalizacyjne tendencje świata, które pozbawiły współczesne społeczeństwo stabilizacji charakterystycznej dla nowoczesnej epoki społeczeństwa industrialnego. Opisany charakter zmian społecznych skłania do refleksji nad kondycją jednostki zmagającej się z wyzwaniami współczesności. Odpowiedzią na globalną zmianę może stać się kształtowanie „podmiotów poszukujących”. Idea *homo explorans* – jednostek zdolnych do dokonywania wyborów, ich oceniania, wartościowania i krytycznego namysłu stawia przed pedagogami, wychowawcami oraz terapeutami nowe wyzwania w pracy z dziećmi i młodzieżą funkcjonującymi w świecie ponowoczesnym. Autorka wskazuje na cechy niezwykle istotne dla satysfakcjonującej aktywności podmiotowej, między innymi odnoszące się do zdolności kognitywnych, poczucia sprawstwa oraz poczucia godności i wzajemnego szacunku członków globalnej zbiorowości. Można przypuszczać, że kształtowanie tych własności osobowych stanowić będzie wyzwanie dla osób odpowiedzialnych za oddziaływania pomocowe, natomiast oddziaływania „socjoterapeutyczne” powinny mieć na celu odbudowanie zerwanej łączności indywiduum ze wspólnotą.

W artykule autorstwa Barbary Jankowiak oraz Emilii Soroko *Socjoterapia jako forma pomocy psychopedagogicznej*, łączącym dyskurs pedagogiczny z psychologicznym, dokonano analizy pojęcia socjoterapia i odróżniono je od innych oddziaływań pomocowych. Autorki stawiają tezę, iż socjoterapia może być uznana za formę pomocy psychologiczno-pedagogicznej, a nie jedynie metodę stosowaną w pomaganiu. Podjęto się także zdefiniowania socjoterapii.

pii jako „formy pomocy psychopedagogicznej ukierunkowanej na dzieci i młodzież z grup ryzyka lub/i przejawiających zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym, która polega na intencjonalnym uruchamianiu czynników pomocowych, wykorzystujących procesy grupowe i rolę socjoterapeuty, w celu kompensacji potencjalnych deficytów rozwoju społecznego i zapobieganiu kształtowaniu się zaburzeń uczestników grupy”.

Zagadnienia związane z pedagogiką zdrowia znajdują swoje odzwierciedlenie w artykule Ewy Kasperek-Golimowskiej *Socjoterapia a zdrowie*. Autorka kładzie nacisk na znaczenie socjoterapii jako formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej, której celem jest wspieranie jednostek i grup w osiąganiu zdrowia. To właśnie zdrowie (jednostki, grupy, środowiska) stanowi podstawę do określenia celów, kryterium planowania treści, podejmowanych działań i oczekiwanych efektów procesu socjoterapeutycznego. W opracowaniu odniesiono się zarówno do modelu patogenetycznego, jak i salutogenetycznego zdrowia, określając te aspekty omawianych paradygmatów, które są najbardziej istotne dla realizacji celów socjoterapii, doboru metod (technik) działania, stylu pracy terapeutycznej oraz możliwych efektów pracy.

Artykuł *Czynniki pomocowe w socjoterapii dzieci i młodzieży – refleksja teoretyczna* autorstwa Barbary Jankowiak i Emilii Soroko zawiera dyskusję, jakie czynniki terapeutyczne są specyficzne dla socjoterapii oraz w jakim zakresie można uznać je za ściśle terapeutyczne (ukierunkowane na zmianę lub wyleczenie), a w jakim za pomocowe (ukierunkowane na wspieranie rozwoju). Autorki stawiają tezę, iż w wypadku socjoterapii występują czynniki pomocowe, które różnią się od czynników leczących w psychoterapii grupowej większym naciskiem na psychoedukację i wspieranie rozwoju, a nie na uzyskanie wglądu i zmianę osobowości. W rozdziale przedstawiono autorską propozycję czynników pomocowych najbardziej charakterystycznych dla socjoterapii.

Z kolei Katarzyna Waszyńska jest autorką artykułu *Socjoterapeuta: osoba i specjalista. Kompetencje i kwalifikacje socjoterapeuty*. Jego treść dotyczy socjoterapeuty, a więc osoby, która jest w dużej mierze odpowiedzialna za inicjowanie procesów społecznych w grupie. Ponieważ wiedza i umiejętności terapeuty w istotny sposób będą wpływać na proces socjoterapii, skuteczny i efektywny socjoterapeuta powinien znać i umieć wcielać w życie przedstawione w artykule zasady profesjonalnej pomocy psychologicznej.

W niniejszym opracowaniu znalazła również odzwierciedlenie problematyka oddziaływań socjoterapeutycznych w nurcie paradygmatu psychodynamicznego. Autorka artykułu *Socjoterapia w podejściu psychodynamicznym*, Katarzyna Poniatowska-Leszczyńska, wskazuje, z jakich teorii socjoterapia rozumiana psychodynamicznie wyrasta, z jakich metod i technik korzysta oraz jakie aspekty psychodynamicznego myślenia mają szczególne znacze-

nie dla praktyki. Istotę socjoterapii osadza w relacjach interpersonalnych oraz sposobie funkcjonowania grupy, które to stwarzają przestrzeń do ujawniania treści intrapsychicznych przez uczestników grupy oraz powodują określone rozumienie sytuacji terapeutycznej przez prowadzącego grupę, jak też decydują o doborze przez niego określonych metod pracy.

W obszarze paradygmatu psychodynamicznego poruszane są również zagadnienia diagnozy. Z pytaniem dotyczącym znaczenia, celów, funkcji oraz specyficznych aspektów diagnozy w procesie socjoterapii zmierzył się Maciej Wilk w artykule *Diagnoza psychodynamiczna w socjoterapii*. Autor opisuje zarówno znaczenie diagnozy kwalifikacyjnej, a więc wstępnej diagnozy określającej przydatność procesu socjoterapeutycznego dla danej osoby, jak też diagnozy stawianej stale w trakcie procesu socjoterapeutycznego.

W przedkładanej czytelnikowi pracy znalazły się także artykuły, w których poruszane są kwestie ważne dla psychologii pozytywnej. Swoistym wprowadzeniem w problematykę zagadnień tego działu psychologii oraz ich implikacji dla socjoterapii jest artykuł Łukasza Kaczmarka *Psychologia pozytywna w socjoterapii: rozwijanie sił charakteru*. Autor wskazuje dwa główne zastosowania idei psychologii pozytywnej w obszarze socjoterapii: wzbogacający (rozwój w stronę większego szczęścia) oraz korekcyjny (radzenie sobie z trudnościami doświadczanymi przez członków grupy). W artykule dokonano analizy teorii sił charakteru rozwijanej w ramach psychologii pozytywnej oraz wskazano użyteczne narzędzia do pracy socjoterapeutycznej, wynikające z owej teorii.

Problematyka pozytywnych cech jednostki, ułatwiających jej funkcjonowanie osobiste i społeczne, kontynuowana jest przez Izabelę Stankowską, Magdalenę Roszak oraz Anitę Machaj-Szczerek w artykule *Kształtowanie optymizmu młodzieży podlegającej oddziaływaniom socjoterapeutycznym*. Układem odniesienia do prowadzonych rozważań są teorie wyjaśniające pojęcie optymizmu oraz mechanizmy jego kształtowania. Autorki przytaczają także wyniki badań nad optymizmem, w tym wyniki badań własnych na grupie młodzieży objętej oddziaływaniami socjoterapeutycznymi.

Drugą część pracy stanowią rozważania nad praktycznym zastosowaniem socjoterapii w pracy z określonymi grupami odbiorców oraz nad możliwością zastosowania poszczególnych metod i technik w procesie socjoterapeutycznym. Tę część opracowania otwiera artykuł Marzeny Buchnat *Zastosowanie socjoterapii do pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną*, poruszający problematykę istotną dla pedagogiki specjalnej. Autorka dostrzega znaczenie socjoterapii w podnoszeniu kompetencji społecznych osób z niepełnosprawnością intelektualną, które z racji swoich ograniczeń rozwojowych mają problemy z pełną socjalizacją. W artykule dokonano także analizy możliwości zastosowania socjoterapii w grupie dzieci i młodzieży

o różnym stopniu niepełnosprawności. Autorka postuluje, by w odniesieniu do dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną realizować zarówno cele terapeutyczne, edukacyjne, jak i rozwojowe, natomiast w przypadku dzieci z umiarkowaną, znaczną i głęboką niepełnosprawnością intelektualną głównie cele edukacyjne i rozwojowe.

Problematyka resocjalizacyjna poruszana jest przez Ewelinę Silecką w artykule *Wybrane konteksty socjoterapii w pracy z jednostkami niedostosowanymi społecznie*. Dostrzega ona rolę socjoterapii w pracy nad zmianą zachowania, którą przy znajomości zasad prowadzenia zajęć grupowych, metod i technik socjoterapeutycznych można wykorzystywać w pracy z osobami niedostosowanymi społecznie zarówno w warunkach środowiska otwartego, jak i placówek opieki całodobowej. Autorka przedstawia dylematy związane z pracą wychowawczą, opiekuńczą i terapeutyczną z młodzieżą z placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz resocjalizacyjnych, akcentując znaczenie nie tylko metod, technik i procedur w osiągnięciu skuteczności, ale też akceptacji i więzi emocjonalnej między pedagogami a wychowankami.

W przedkładanym czytelnikowi zbiorze opracowań znalazły się również takie, w których opisane są poszczególne metody i techniki możliwe do zastosowania podczas zajęć socjoterapeutycznych. Autorką artykułu *Grupowa interakcja autobiograficzna – znaczenie socjoterapeutyczne* jest Karolina Kuryś. Jego celem jest prezentacja autorskiej metody pracy z grupą, opartej na grze autobiograficznej Duccio Demetrio oraz wskazanie możliwości wykorzystania jej w pracy z grupą o charakterze socjoterapeutycznym. Karolina Kuryś podkreśla znaczenie możliwości uruchomienia podczas gry autonarracji i skonfrontowania ich z opowieściami innych osób, co daje szansę na dokonanie strukturyzacji historii własnego życia oraz na pozyskanie zasobów emocjonalnych, poznawczych i społecznych uczestników grup socjoterapeutycznych. Celem artykułu *Możliwości wykorzystania elementów coachingu w pracy socjoterapeutycznej*, autorstwa Anny Gulczyńskiej, jest ukazanie możliwości zastosowania procedur wykorzystywanych w coachingu w procesie socjoterapii. Autorka podkreśla znaczenie poszerzenia dokonywanej, na potrzeby pracy z dziećmi, diagnozy o mocne strony funkcjonowania jednostki i jej zasoby. W pracy przedstawiono także trzy modele coachingu, które wydają się być najbardziej użyteczne w grupowej pracy z dziećmi i młodzieżą.

Niezwykle istotne w procesie socjoterapeutycznym jest rozładowanie napięć emocjonalnych poprzez różne formy aktywności w toku zajęć grupowych. Zdaniem Eweliny Flatow, autorki artykułu *Techniki relaksacyjne w socjoterapii – perspektywa uczestnika i terapeuty*, taką rolę mogą pełnić właśnie techniki relaksacyjne. Prezentuje ona zatem różne ich rodzaje oraz możliwości ich zastosowania w pracy z grupą socjoterapeutyczną. Zbigniew Biełan i Izabela Stankowska w artykule *Animaloterapia w socjoterapii* opisują

animaloterapię jako metodę wspomagania terapii i edukacji przy udziale zwierzęcia, przedstawiając różne jej formy. Autorzy podkreślają, że zwierzęta zachęcają do kontaktu i zaangażowania emocjonalnego, co ułatwia osiągnięcie celów terapeutycznych w socjoterapii oraz innych formach pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

W dalszej kolejności Maja Stańko-Kaczmarek ukazuje możliwości wykorzystania specyficznych metod i technik wywodzących się z terapii przez sztukę, zwanej arteterapią, w pracy z grupą (*Zastosowanie metod arteterapeutycznych w socjoterapii dzieci i młodzieży*). Istotną rolę w tym rodzaju terapii przypisuje się specyficznej relacji terapeutycznej, która ma charakter trójkątny: zachodzi między osobą, dziełem a terapeutą. Przedstawiono także wskazówki dla osób zainteresowanych stosowaniem opisanych metod, pozwalające na możliwie najbardziej efektywne ich zastosowania, które mogą stanowić inspirację dla praktyków socjoterapii dzieci i młodzieży.

Refleksjami nad zastosowaniem muzykoterapii w socjoterapii dzieli się Katarzyna Forecka-Waśko w artykule *Muzyka, ruch, przestrzeń w rytmice i rytmikoterapii*. Autorka podkreśla, że elementy zajęć rytmicznych warto wykorzystywać w bieżącej pracy edukacyjnej, wychowawczej i terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą, gdyż przyczynią się nie tylko do kompensacji deficytów w sferze emocjonalnej czy fizycznej, ale też będą sprzyjać wszechstronnemu rozwojowi społecznemu i artystycznemu młodego człowieka.

Z kolei procesowi *Wizualizacja w socjoterapii* poświęciła uwagę Aleksandra Załustowicz. Autorka dokonuje charakterystyki techniki wizualizacji i ukazuje jej praktyczne zastosowanie w socjoterapii, podkreślając, że technika wyobrażeniowa świetnie koreluje z tematyką socjoterapeutyczną. Wizualizację można także z powodzeniem łączyć z innymi metodami pracy, takimi jak arteterapia, psychodrama, terapia zabawą, relaksacja.

W artykule Jolanty Enko *Twórczość w socjoterapii* układem odniesienia do rozważań z zakresu terapeutycznej pracy z grupą dzieci i młodzieży jest dyskurs o problematyce zdolności twórczych jednostki, będących odpowiedzią na wyzwania współczesności. Autorka podkreśla, że wiele form pracy wykorzystywanych podczas socjoterapii zawiera element twórczości, jak choćby psychodrama, rozmaite formy arteterapii, dyskusje między uczestnikami i wiele innych. Podejmowane rozważania mogą zachęcić osoby pracujące z dziećmi i młodzieżą do własnych poszukiwań sposobów pracy rozwijających twórcze zdolności uczestników zajęć.

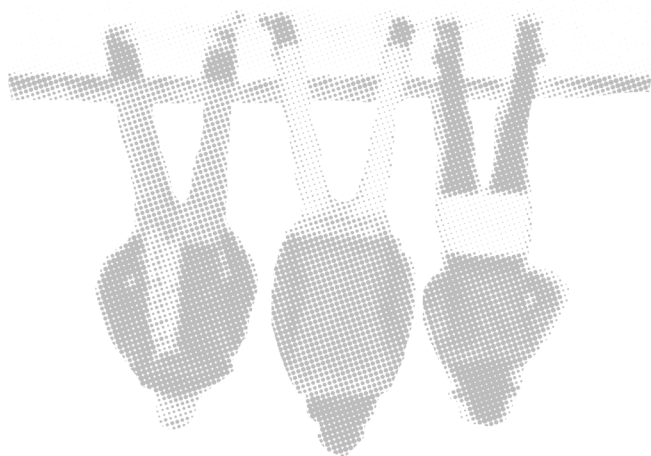
Przedkładana czytelnikowi książka zawiera różnorodne opracowania: od zagadnień ogólnych do szczegółowych, od analiz *stricte* teoretycznych do praktycznego zastosowania wybranych metod i technik w pracy socjoterapeutycznej. Prezentowane rozważania mogą stanowić istotny wkład do pedagogicznego oraz interdyscyplinarnego dyskursu wokół problematyki po-

mocy psychologiczno-pedagogicznej. Wydaje się, że prezentowane artykuły odzwierciedlają drogę refleksyjnego praktyka od poznania ogólnych paradygmatów i krytycznej oceny wyzwań współczesności poprzez różnorodność strategii, metod i technik pracy z drugim człowiekiem, po podjęcie własnej twórczej aktywności edukacyjnej, wychowawczej i terapeutycznej. Ostatecznie prezentowane teksty nie stanowią jednolitej i w pełni uzupełniającej się kompozycji, lecz z całą pewnością opisują znaczącą część tej drogi i mogą być inspiracją w radzeniu sobie z wyzwaniami, jakie współczesność stawia przed teoretykami i praktykami pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

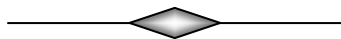


# SOCJOTERAPIA

## refleksje teoretyczne







## **Społeczeństwo globalnej zmiany i kondycja współczesnego człowieka – przyczynek do dyskusji nad ideą *homo explorens***

Współczesne globalizujące się społeczeństwo próbuje w sposób adekwatny zareagować na nieuchronność permanentnej fluktuacji społecznej. Globalizacyjne tendencje świata pozbawiły je stabilizacji charakterystycznej dla nowoczesnej epoki społeczeństwa industrialnego. Jednakże dialektyczny charakter zjawiska globalizacji determinuje kształtowanie wśród społeczeństw umiejętności antycypowania niebezpieczeństw i radzenia sobie z nimi na poziomie jednostkowym, społecznym i globalnym. W mikro- i makroskali zarysowują się nowe szanse i nowe możliwości, ale także zagrożenia, lęki i niepokoje, które stanowią kontury społeczeństwa przyszłości. Człowiek późnej nowoczesności w procesie nadmiernej indywidualizacji zatracił społeczną tożsamość, jest – jak podkreśla E. Goffman – jedynie „wieszakiem”, na którym zawieszono „kostiumy ról społecznych” (Goffman, 1981, s. 253). Współczesny kryzys kultury „zadomowienia” jest przede wszystkim kryzysem wspólnotowości, która dawała jednostce świadomość bezpieczeństwa ontologicznego, którego źródłem jest zaufanie do innych podmiotów życia społecznego i warunkowała „uznanie nierzeczywistego świata za rzeczywisty” (Giddens, 2001, s. 50–59). Toteż atrofia więzi społecznej, ujawniająca brak solidarności, lojalności i zaufania (Sztompka, 2002, s. 187–190), uświadamia potrzebę oddziaływań „socjoterapeutycznych” mających na celu odbudowanie zerwanej łączności indywidualium ze wspólnotą.

Zwrócenie uwagi na jakość globalnej „ekumeny kulturowej” (U. Hanerz) skłania do refleksji nad jakością współczesnego społeczeństwa, nad

kondycją człowieka w nim partycypującego, skłania do namysłu nad podmiotem permanentnie poszukującym i dookreślającym siebie i jakość swoich relacji z tym światem<sup>1</sup>.

Specyfika jakościowo nowych przekształceń w relacjach pomiędzy globalnością a lokalnością, państwem a społeczeństwem, społeczeństwem a jednostką oraz powiązań między nimi nie pozostaje bez znaczenia dla organizacji życia społeczno-kulturowego, politycznego i gospodarczego oraz losów jednostkowych. Motorem nowego (nie)porządku świata, jak konstatuje Z. Bauman, są zasady wolnego rynku, które zdominowały politykę, wzniosły się w przestrzeń ponadnarodową, pozwalając na rosnące znaczenie ekonomii oraz ograniczyły państwa i rządy w swobodzie podejmowania decyzji (Ziewiec, 2009). I chociaż poglądu tego nie można przyjmować bezkrytycznie, bowiem jak podkreśla I. Wallerstein: „w pełni wolny rynek funkcjonuje jako ideologia, mit lub wzorzec, ale nigdy jako codzienna rzeczywistość” (Wallerstein, 2007, s. 43, za: Ziewiec, 2009, s. 87), to nie ulega wątpliwości, że codzienność uczy, aby nie wiązać nadziei na poprawę jednostkowego losu z państwem, jego polityką czy społeczeństwem. Świat wielości i różnorodności, będący *in statu nascendi* (którego doświadczamy i który domaga się permanentnego rozpoznawania), nie ma tego rodzaju ambicji. To świat indywidualnie wypracowanych i urzeczywistnianych strategii, które muszą być adekwatne do tempa zmian, jakim podlega świat (Ziewiec, 2009, s. 83–92).

Współczesne rozważania nad kształtem zglobalizowanego społeczeństwa koncentrują się przede wszystkim na sporze o definicyjne *credo*, uwzględniające subtelności tego społeczeństwa. Próba teoretycznego opisu i standaryzacji pojęcia „społeczeństwo współczesne” staje się aktualną i ważną płaszczyzną analitycznego dyskursu.

Temporalna wielowymiarowość społeczeństwa przyszłości przyczynia się do trudności w uchwyceniu heterogeniczności i zmienności form nowoczesnej organizacji społecznej. Spory konceptualne w teorii socjologicznej skoncentrowane są na próbie odpowiedzi na pytanie: „gdzie, jak i w jakiej formie istnieje społeczeństwo” (Miształ, 2000, s. 34), ukazując jednocześnie atrybuty procesualne, strukturalne i funkcjonalne „historycznie wytworzonego i aktualnie istniejącego ale obiektywizującego się w swych działaniach społeczeństwa” (Miształ, 2000, s. 34–35). Zainteresowanie adekwatnym ujęciem istoty społeczeństwa wydaje się być „niedefiniowalne niezmiennie” (A. Giddens), gdyż jest zależne od nieprzewidywalnych konsekwencji działania podmiotów społecznych w sytuacji zmiany rzeczywistości społecznej.

---

<sup>1</sup> Podjęte w artykule wątki zostały, w znacznie szerszym kontekście i przy jednoczesnym odwołaniu się do interpretacji wyników własnych badań empirycznych nad młodzieżą, omówione w innej pracy autorki, zob. Cybal-Michalska, 2006.

Opierając się na postmodernistycznym, wieloaspektowym i krytycznym wobec kulturowo-hegemonicznej definicji „społeczeństwa” dyskursie można wskazać najczęściej uwzględniane cechy społeczeństwa, do których zalicza się: a) autonomiczność bytu, jakim jest społeczeństwo i jego czasoprzestrzenny konspekt; b) historyczne i doświadczeniowe określenie społeczeństwa jako grupy ludzi; c) użytkowanie wspólnego terytorium jako podstawy życia społecznego; d) materialny, behawioralny, psychologiczny i aksjonormatywny wymiar rzeczywistości społeczno-kulturowej, w którym podkreśla się poszukiwanie coraz lepszego zrozumienia procesów społecznych, z uwzględnieniem dynamiki czasowej oraz upatruje źródeł kulturowej tożsamości; e) progres, optymalizację, dążenia do tolerancyjnego pluralizmu, dyskursywnego podolania ryzyku i przewidywalności struktur życia codziennego społeczeństwa (Misztal, 2000, s. 63–64).

W analizach teoretycznych, w celu doprecyzowania aparatu pojęciowego, próbuje się do kluczowego pojęcia „społeczeństwo” wprowadzić dodatkowo przymiotnikowy kwalifikator, który odnosi się do charakterystycznej współcześnie konfiguracji organizacyjnej społeczeństwa. W tym ujęciu, dla potrzeb teorii i analizy opisującej „społeczeństwo” współczesne, wprowadza się kontekstualne kwalifikatory<sup>2</sup>:

- „postindustrialne” (D. Bell) (społeczeństwo samorządne, w którym podstawowym wyznacznikiem dobrobytu jest jakość życia);
- „globalnej wioski” (H.M. Mc Luhan) (społeczeństwo z dominującą rolą elektryczności i multimedialności, które odegrały znaczącą rolę nie tylko w technice, ale też w przemianach społeczno-kulturowych i ekonomiczno-politycznych na skalę globalną, tak że zredukowały kulę ziemską do rozmiarów globalnej wioski);
- „trzeciej fali” (A. Toffler) (społeczeństwo poprzemysłowe, kwestionujące zasadność istnienia reguł charakterystycznych dla procesu industrializacji i nastawione na rozwój wiedzy – tzw. „nowej świadomości”);
- „informacyjne” (J. Naisbitt) (zakładający dokonanie zwrotu od społeczeństwa industrialnego do społeczeństwa nastawionego na tworzenie, rozpowszechnianie, przetwarzanie i magazynowanie informacji);
- „pokapitalistyczne” (P.F. Drucker) (odnoszący się do powinności korzystania z wolnego rynku jako jedyne sprawdzonego mechanizmu integracji ekonomicznej);

---

<sup>2</sup> Wprowadzenie kontekstualnego kwalifikatora w celu zdefiniowania kluczowego pojęcia ustanawia pewien stopień zależności kontekstualnej i jak podkreśla Wallace: „jeżeli wspólne podstawowe [generic] znaczenie nie będzie leżało u podstaw użycia tego samego terminu we wszystkich teoriach (zezwalając w ten sposób na pewien poziom kontekstualnej niezależności), to wkrótce jeśli zechcemy być zrozumiałymi, będziemy zmuszeni definiować nowe pojęcia za każdym razem, gdy przystępujemy do komunikacji z innymi (Misztal, 2000, s. 39).

- „w kulturze prefiguratywnej” (M. Mead) (społeczeństwo skoncentrowane na dialogu z młodym pokoleniem, które prowadzi starsze pokolenie w stronę nieznaną przyszłości, która umiejscowiona jest w teraźniejszości);
- „ryzyka” (U. Beck) (społeczeństwo, które cechuje narastanie form globalnego ryzyka, nieograniczonego ani czasowo, ani przestrzennie);
- „późnej nowoczesności” (A. Giddens) (zakładający, że wcześniejsze tendencje i konsekwencje nowoczesności przybierają obecnie najbardziej wyrazistą i skrajną postać);
- „ponowoczesne” (Z. Bauman) (identyfikujące „nowe społeczeństwo” z pojawieniem się zupełnie nowej jakości formacji społecznej i uznający nowoczesność za zakończoną).

W obrębie kulturowo zorientowanych prób określenia cech „społeczeństwa współczesnego” dominującym zabiegiem poznawczym, nadającym minimum skategoryzowania, jest usiłowanie zrozumienia go i zinterpretowania poprzez przedrostki „post-”, „po-”, „późny-”, „poza-”, które stanowią słowa kluczowe, słowa kody, w tym również bezradności epistemologicznej, wskazując „na coś, co jest jakby ponad, coś, czego nie potrafi zdefiniować, a co równocześnie pozostaje ciągle w obrębie tych treści, które nazywa i neguje, gdy to, co już znane, zastyga. „Przeszłość” plus „post” – to jest ta zasadnicza recepta, z którą, używając wielu słów i niejasnych pojęć, stajemy wobec rzeczywistości, nie rozumiejąc jej. Tej rzeczywistości, która wydaje się rozpadać” (Beck, 2002, s. 15). W dyskursie nad tym, co denotuje i konotuje pojęcie „społeczeństwo współczesne”, szuka się odpowiedzi na pytania dotyczące osobliwości tego społeczeństwa, które jest jakościowo odmienne aniżeli społeczeństwo industrialne. Świadczy to o słabnącej roli dyskursu nad rodzajem przymiotnikowych kwalifikatorów oraz kryzysie epistemologicznym i semantycznym, a skoncentrowaniu narracji na wzajemnej zależności między globalnością (nową jakością stosunków społeczno-kulturowych na skalę globu ziemskiego) a indywidualnymi dyspozycjami jednostek. Procesy reorganizacji czasu i przestrzeni, płynności wzorców kulturowych, nieprzerwanie utrzymującego się stanu kryzysu sprawiają, że „żyjemy w wieku, w którym wszystko można zrobić. Najpierw nie robiono niczego, potem robione trochę, dziś robi się wszystko” (Marquard, 1994, s. 68), bo zniesiono wszelkie bariery i ograniczenia.

W ponowoczesnej retoryce zjawisko globalizacji w wymiarze społeczno-kulturowym, najczęściej interpretowane jako przełomowość, transgresyjność, wielowymiarowość, schyłkowość społeczeństwa nowoczesnego, implikuje orientację na pewien rodzaj „cywilizacyjnego przypisania do ryzyka” (U. Beck). Egzystencja ludzka jest obciążona pojawieniem się nowych form ryzyka, niejako z zewnątrz, które staje się coraz bardziej powszechne

i uniwersalne. Globalizacja i instytucjonalizacja ryzyka odnosi się do skutków działań w warunkach niepewności. Nowy profil ryzyka cywilizacyjnego determinuje nowy „askryptywny los zagrożenia” (U. Beck), od którego nie ma możliwości ucieczki, gdyż jest „cywilizacyjnym zrządzeniem natury” (U. Beck). Nieznane w społeczeństwie industrialnym nowe parametry ryzyka oraz ich potencjał kulturowy i społeczny w warunkach późnej nowoczesności nie poddają się jednoznacznej ocenie i są trudne do antycypowania, gdyż szacunkowe oceny ryzyka odwołują się najczęściej do konkretnych układów społecznych i obowiązują często tylko „do odwołania” (Giddens, 2001, s. 41–46)<sup>3</sup>. „Logika produkcji i dystrybucji ryzyka” (U. Beck) odzwierciedla otwartość na wątpliwą przyszłość, w której jest miejsce na ambiwalencję oraz niezamierzone i nieprzewidywalne wydarzenia. Życie w „społeczeństwie ryzyka” (U. Beck) to „życie z analitycznym nastawieniem do możliwych sposobów działania, pozytywnych i negatywnych, wobec których, jako jednostki i globalnie, stajemy w toku naszej społecznej egzystencji” (Giddens, 2001, s. 41).

Szerokie spektrum osobliwości omawianego zagadnienia, skoncentrowanego na jakościowym zróżnicowaniu społeczeństwa współczesnego, wskazuje na jego percepcję w kategoriach orientacji na doświadczenia zapośredniczone z mediów. Następstwem intensyfikacji przemian w wielu aspektach życia społecznego jest sytuacja podmiotu w świecie „hiperrzeczywistości” (J. Baudrillard), w którym obrazy, symulacje, złudzenia wypierają to, co realne. Rzeczywistość rozplywa się, a nawet zanika w świecie fantazji, w którym „medialne symulacje rzeczywistości stają się dla ludzi bardziej realne niż rzeczywistość” (J. Baudrillard, za: Sztompka, 2002, s. 559). Fascynacja iluzją, fantazją dostarcza konsumentowi medialnego oddziaływania jedynie pozory poczucia sensu własnej egzystencji i bycia wolnym w swoich wyborach. Ludzkie doświadczenia, zapośredniczone z masowej dystrybucji medialnych spektakli, będących „tyleż wyrazem, co narzędziem wykorzeniających i globalizujących tendencji” (Giddens, 2001, s. 37), przez jakie wyraża się późna nowoczesność, kształtują wewnętrzną strukturę tożsamości jednostki i elementarny porządek relacji społecznych (Giddens, 2001, s. 8). Przekazy wizualne wywołują „efekt kolażu” (A. Giddens), który oznacza, że „osobne, ułożone jedna obok drugiej »historie« są raczej wyrazem hierarchii ważności znaczeń, które są właściwe przekształconemu środowisku relacji przestrzenno-czasowych, gdzie miejsce przestało zajmować centralną pozycję. Nie układają się one rzecz jasna we wspólną opowieść, ale

---

<sup>3</sup> U. Beck podkreśla, że idylli nigdy nie było, ale „większość zjawisk i procesów, które w II połowie ubiegłego stulecia przyjmowano jako zwyczajstwo racjonalnego umysłu i organizacji społecznej nad chaotyczną materią, już w latach 90. ukazała, że dają tyleż skutków pozytywnych, co nieoczekiwanych i groźnych konsekwencji” (Misztal, 2001).

wywodzą się z integralnych całości myślowych i rozumowych”, w różnorodny sposób wyrażanych (Giddens, 2001, s. 38).

Włączenie w obszar zmysłowego doświadczenia jednostki czasowo i przestrzennie oddalonych wydarzeń medialnych posiada, obok funkcji wzbogacającej jego pole doświadczenia, szereg egzystencjalnych reperkusji odnoszących się do społecznego funkcjonowania człowieka. Medialne spektakle, pełniące funkcję moralitetów, pogłębiają poczucie izolacji, anomii, apatii podmiotu i potęgują jej niepokój. W naszym postrzeganiu świata „jesteśmy zawsze o krok w tyle” (H.M. Mc Luhan), w pełni świadomi jedynie tego, co zostało zastąpione nowym i świadomi własnej nieświadomości co do jakości dynamiki transformacji kulturowej. Kultura w dobie późnej nowoczesności „stanowi obszar zmieniających się, nie powiązanych ze sobą fragmentów” (Śleboda, 2003, s. 68), jest kulturą „nadmiaru i marnotrawstwa” (J. Baudrillard), bez wyraźnej linii rozwoju, a mechanizmem jej produkcji i dystrybucji są środki masowego przekazu. Życie i funkcjonowanie społeczne jednostki w świecie obiektów i znaków odwołuje się do alienacji ponowoczesnej jakości życia społecznego i chęci jej przezwyciężenia (Giddens, 2001). „Uwolnienie z ograniczeń nowoczesnej normatywności daje przynajmniej pozory wreszcie odzyskanej wolności, gdzie swoboda wyborów wśród ambiwalentnych zachowań i treści jest nie tylko dowolna, ale i bezkarna” (Krause, 2001, s. 109) oraz stanowi gwarancję upozorowanego sensu.

Fascynacja „fikcyjnym realizmem” (A. Giddens) jest wyrazem obaw związanych z utratą bezpieczeństwa, z podejmowaniem samotnych, ryzykownych wyborów, z brakiem drogowskazów, z utraconym sensem i wymogiem funkcjonowania w ambiwalentnej, wieloznacznej i ciągle na nowo konstruowanej rzeczywistości o charakterze hedonistyczno-konsumpcyjnym. Czasy „mediakracji” (Z. Bauman) wywołują w jednostce „separację doświadczenia”, rozumianą jako „oddzielenie życia codziennego od doświadczeń, które mogłyby skłonić do stawiania potencjalnie niepokojących pytań egzystencjalnych” (Giddens, 2001, s. 317) i „odwrócenie rzeczywistości” wówczas, gdy rzeczywiste wydarzenie wydaje się być mniej realne aniżeli medialne przedstawienie (Giddens, 2001, s. 38–39)<sup>4</sup>. W „erze symulatorów” (J. Baudrillard), lansujących kicz, pozorantwo, płytkość, podmiot doświadcza dylematów tożsamościowych. Tożsamość mająca charakter

<sup>4</sup> Tę szczególną formę samohipnozy Mc Luhan nazywa „narcystyczną narkozą, syndromem, w ramach którego człowiek pozostaje tak samo nieświadomy psychicznych i społecznych skutków działania nowej techniki, jak ryba jest nieświadoma wody, w której pływa. W rezultacie, dokładnie wówczas, gdy nowe, wykreowane mediami środowisko staje się wszechobecne i zmienia naszą równowagę zmysłów, staje się ono także niedostrzegalne” (Mc Luhan, 2001, s. 334).

twórczy, będąca elastycznym i otwartym systemem identyfikacji, jest kształtowana pod wpływem urynkowionych wzorów osobowych, które oferują nam zaledwie tożsamość zapośredniczoną z mediów, równocześnie redukując potencjalną możliwość rozwoju poczucia wewnętrznej spójności, odrębności od otoczenia oraz ciągłości identyfikacji własnego „Ja” względem siebie w czasie. Jednostka podporządkowana kreacjom tożsamości „typu supermarket” (Z. Melosik) czy „spacerowicz” (Z. Bauman) nie jest zdolna do odczucia istoty tożsamości, którą jest świadomość własnej indywidualności i niepowtarzalności.

Życie społeczne zogniskowane wokół wirtualnej rzeczywistości, w której dominują złudzenie, iluzja, presja symbolicznej rywalizacji, zasada przyjemności, rozrywki i tymczasowości, determinuje kształtowanie we współczesnym społeczeństwie orientacji na ideologię konsumpcji, ujawniającej się w relacjach mikro- i makrostrukturalnych w świecie.

Konsumpcjonizm przenika niemalże każdą dziedzinę ludzkiej egzystencji, odwołując się do alienacji nowoczesnego stylu życia i obiecując jego przezwycięzenie (Giddens, 2001, s. 235–236) poprzez zaspokajanie kulturowo kreowanych potrzeb hedonistyczno-narcystycznych, staje się istotnym komponentem więzi integrującej ludzi przeświadczonych o swojej wolności i niezależności w zakresie podejmowania decyzji i działań. „Człowiek potwierdza swoją wartość poprzez uzyskiwanie dochodu, który pozwala na »wybory« zapewniające mu symboliczny prestiż (...), potwierdza swoją wyjątkowość poprzez »przebijanie« innych w »jakości« i »oryginalności« konsumpcji” (Melosik, 1995, s. 112). Wolność podmiotu ma jednak charakter umowny, gdyż „rodzi się z niewiedzy i wspiera na bezsile” (Bauman, 1994, s. 22). Uniwersalności konsumpcyjnego stylu życia, analizowanego w kontekście jakości globalnej ekumeny kulturowej, sprzyjają zapewne rozwój kultury hedonizmu, kult ciała, wzrost znaczenia jakości spędzania czasu wolnego, kreacja nowych sposobów podkreślania statusu jednostek i zaspokajania potrzeb estetycznych, szeroka oferta towarowa, wzrost działań marketingowych, rozbudzenie wyimaginowanych potrzeb konsumenckich, wzrost konsumpcji usług czy też zorientowanie społeczeństwa na doświadczenie zapośredniczone z mediów.

Zjawisko konsumpcji i jej funkcji we współczesnych społeczeństwach należących do kręgu kultury zachodnioeuropejskiej G. McCracken analizuje w kategoriach lokalizacji znaczeń (*location of meaning*) i transferu znaczeń (*transfer of meaning*). Kreowanie i umiejscawianie znaczeń wytworów człowieka w społeczno-kulturowej przestrzeni zostaje drogą transmisji znaczeń zlokalizowane w indywidualnym konsumencie (Bogunia-Borowska, 2003, s. 157–162, 237–239). Zjawisko nadawania znaczeń i wartości produktom konsumpcyjnym w znacznym stopniu wpływa na strukturę stratyfikacyjną

współczesnych społeczeństwach, określając tym samym miejsce jednostki w układzie stratyfikacyjnym wyznaczonym przez triadę przywilejów: środki konsumpcji, władzy i prestiżu (Ossowski, 1982, s. 22; Bogunia-Borowska, 2003, s. 280–295), mimo sztucznie kreowanych pozorów równości społecznej. „Pozorny społeczny egalitaryzm konsumpcyjny” (M. Bogunia-Borowska) ujawnia się w indywidualnej świadomości potencjalnych możliwości i gotowości do konsumpcji (co umożliwiają systemy ratalne i kredyty konsumpcyjne), a nie w efektywnej konsumpcji tylko tych, którzy dysponują określonym potencjałem finansowym. Dewaluacja wyznaczników prestiżu, pełniących funkcję reprezentantów statusu jednostki, przyczynia się do zmian strukturalnych w obrębie tradycyjnego układu stratyfikacyjnego, w wyniku których pionowy układ stratyfikacyjny przekształca się w poziomy układ stratyfikacyjny bądź ulega znacznemu zniekształceniu. Zmiana struktury wertykalnej na horyzontalną „grupuje jednostki w poziomie, a nie w pionie, na linii równoprawnych konfiguracji zachowań konsumenckich składających się na określony styl życia. Konsumowanie dóbr określonego rodzaju nie zaświadcza już jednoznacznie o przynależności do określonego typu grup statusowych ani nie jest symbolem miejsca zajmowanego w hierarchii zawodowej czy płacowej, ale wyraża istnienie różnicy pomiędzy tą jednostką a innymi, jest więc przede wszystkim symbolem jej indywidualności” (Krajewski, 1997, s. 23). Ponowoczesny trend różnicowania determinuje „liberalną fragmentaryzację” (A. Touraine) stosunków społecznych poprzez jednoczesne uczestnictwo jednostek w wielu różnorodnych mikrostrukturach społecznych, pełniących funkcje agend socjalizujących i wyznaczających jednostce rozmaite role społeczne<sup>5</sup>. W obszarach pełnionych ról podmiot doświadcza „multiplikacji funkcji” (M. Bogunia-Borowska), co przejawia się w aktywnym i użytecznym funkcjonowaniu jednostki w rzeczywistości społecznej.

Antropologiczna analiza zjawiska konsumpcji i jej funkcji we współczesnym społeczeństwie wskazuje na konsumpcję jako proces powstawania „sieci konsumentów” (M. Douglas), homogenicznych grup ludzi, „którzy się rozpoznają, dzięki umiejętności odczytywania kodów i akceptują wzajemnie swoje upodobania konsumenckie, styl życia i postawy społeczne”<sup>6</sup>, zapewniając tym samym jednostkom udział w całokształcie zjawisk społecznych.

<sup>5</sup> Wyróżniony trend odnosi się w szczególności do sytuacji społeczeństw zachodnich, gdyż w przytoczonych przez H. Domańskiego wynikach badań nad zjawiskiem konsumpcji polskiego społeczeństwa daje się zauważyć istniejące silne podziały warstwowo-klasowe, wyznaczone między innymi przez pozycję zawodową czy wysokość dochodów (Domański, 1997; Bogunia-Borowska, 2003, s. 285–289).

<sup>6</sup> Autorka analizuje konsumpcję jako aktywność poprzez wskazanie na cztery aspekty tego zjawiska: „Po pierwsze, konsumpcja jest rytualną prezentacją i polega na dzieleniu się dob-

Funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie promującym konsumpcjonizm podporządkowane jest regule wielokrotnego wyboru towarów, które mają wypełnić „próżnię wartości”, nadać ludzkiej egzystencji sens, zneutralizować indywidualne lęki i niepokoje, ukształtować w niej poczucie posiadania wewnętrznej treści i spójności mierzonej statusem społecznym w obrębie struktury stratyfikacyjnej, prestiżem, aprobatą społeczną czy atrakcyjnością wyglądu zewnętrznego. W sytuacji masowej fetyszyzacji na wewnętrzną treść tożsamości jednostki składają się więc parametry przepisów „konsumerycznych” (Z. Bauman) ról społecznych, z którymi jednostka się identyfikuje w celu uniknięcia alienacji. „Coś się zyskuje, coś się w zamian traci (...). Tyle tylko, że zyski i straty zmieniły się miejscami: ludzie ponowocześni stracili dozę swego bezpieczeństwa w zamian za przyrost szansy czy nadziei szczęśliwości” (Bauman, 2000, s. 9).

Efektom tego procesu jest uprzedmiotowienie człowieka, przejawiające się w uzależnieniu podmiotu od przedmiotu (podmiot jest elementem pasywnym, uwodzony przez przedmioty, bowiem to towary „kupują” swoich nabywców), trudności, a nawet braku odczuwanej potrzeby odróżniania potrzeb rzeczywistych od kreowanych, otwartości na coraz to nowe, silniejsze doznania przyjemności bez konieczności wzajemności oraz analizowaniu interakcji społecznych w kategoriach ich „wartości rynkowej”. „Marketingowy” charakter podmiotu (E. Fromm) ujawnia się w skłonności jednostki do zmiany swoich poglądów, predyspozycji, nastawienia wraz ze zmieniającymi się kontekstami sytuacyjnymi i wymogami zewnętrznymi hedonistyczno-konsumpcyjnej rzeczywistości. Jednostka „nie działa zgodnie ze swoimi możliwościami, ale z wymaganiami stawianymi przez rynek”. Nasze „Ja” musi ulegać ustawicznej zmianie w myśl zasady „jestem taki jakim chciałbyś mnie widzieć” (Bogunia-Borowska, 2003, s. 268–269), wskazując tym samym na doniosłe znaczenie dla zdefiniowania swojej pozycji i ról w szerszej zbiorowości jaźni odzwierciedlonej, która odnosi się do wyobrażeń podmiotu o tym, jak jest postrzegany w oczach innych. „Jeżeli zatem jednostka pragnie coś osiągnąć – sprzedać się, musi dostosować się do wyobrażeń na temat tego, jak w danej roli powinna się zachowywać. Nie jest to proces swobodny i spontaniczny, ale przemyślany i wypracowany” (E. Fromm, za: Bogunia-Borowska, 2003, s. 268).

---

rami, które są sklasyfikowane jako specyficzne dla różnych społecznych kategorii. Po drugie, najważniejszą rzeczą w konsumpcji jest tworzenie *social universe* i zajmowanie w nim jak najlepszych pozycji. Po trzecie, aby to osiągnąć konieczna jest mobilizacja działań wszystkich konsumentów w procesie nadawania znaczeń (*marking services*). Po czwarte potrzebne jest jeszcze większe rozwinięcie i mobilizacja owego procesu nadawania znaczeń wśród konsumentów” (Bogunia-Borowska, 2003, s. 273).

Tożsamość jednostki, będąca kreacją ideologii konsumpcyjnej, zależy od jakości punktu odniesienia podmiotu, tak więc społeczny aspekt konsumpcji posiada charakter relatywny, skoncentrowany na subiektywnych ocenach jednostek. Mechanizm osiągania satysfakcji przez konsumenta oparty jest na zasadzie faworyzowania nienasycenia w „inkubatorze” potrzeb. „Przyjemność jest ulotna i krótkotrwała, ważniejsze jest permanentne pożądanie, które odczuwa konsument. Stałe niezaspokojenie, a nie spełnienie jest motorem działania konsumenta. Współczesny człowiek nigdy właściwie nie zaznaje zaspokojenia”, konstatuje Z. Bauman (Bogunia-Borowska, 2003, s. 255). Duchem sprawczym konsumpcyjnej aktywności podmiotu nie jest zestaw wyartykułowanych czy też ustalonych potrzeb, ale pragnienie – znacznie bardziej ulotne i efemeryczne, nieuchwytnie i nieprzewidywalne, będące w istocie zjawiskiem bezodniesieniowym, samosprawczym i samokontynuującym się motywem, który nie wymaga usprawiedliwienia czy wyjaśnienia, wyrażonych w kategoriach celu albo przyczyny. Pomimo swoich kolejnych, ale zawsze trwałych reifikacji, pragnienie jest „narcystyczne”: ma siebie jako swój nadrzędny cel i dlatego też musi pozostać niezaspokojonym niezależnie od tego, jaka wysoka urośnie liczba innych (fizycznych lub psychicznych) celów, wyznaczających jego przeszły charakter. Zagrożone „przetrwanie” nie dotyczy konsumenta czy jego społecznej tożsamości, ale samego pragnienia; pragnienia, które stwarza konsumenta – pochłaniającego pragnienia konsumpcji (Bauman, 2002, s. 183–184).

Szukając szerszego pola odniesień do analizy „eschatologii konsumpcji” (H. Skolimowski) współczesnego świata w perspektywie psychoanalitycznej, można za E. Frommem uznać, że konsumpcja ma charakter „zdehumanizowany”, „irracjonalny” czy też „niefunkcjonalny”, jest wartością autoteliczną i stanowi panaceum na poczucie niepełnowartościowości istnienia, rozczarowania, frustracji, braku możliwości zaspokojenia egzystencjalnych potrzeb czy też samookreślenia się w sytuacji ambiwalencji normatywnej, wieloznaczności i różnorodności, skazując jednostkę na bierność i pasywność. „Konsumeryzm” (Z. Bauman) generowany jest nie tylko przez chęć przeżywania permanentnej przyjemności, ale także przez potrzebę uniknięcia przykrości. W psychoanalitycznym ujęciu konsumpcji jako mechanizmu obronnego podkreśla się fakt, iż „aktywny udział człowieka w konsumpcji dóbr redukuje lęk przed samotnością, pustką, nieumiejętnością radzenia sobie z problemami, neutralizuje niepowodzenia w innych sferach życia człowieka” (Fromm, za: Bogunia-Borowska, 2003, s. 261). „Odhumanizowana konsumpcja” (E. Fromm), której źródłem jest zaspokajanie przez jednostkę potrzeb destruktywnych<sup>7</sup>, afirmuje negację życia, gdyż zagraża człowiekowi, hamując rozwój jego osobowości twórczej.

---

<sup>7</sup> E. Fromm nie neguje konsumpcji, a wskazuje jedynie, że masowa konsumpcja w krajach kapitalistycznych ma charakter zdehumanizowany. W swojej narracji podkreśla, że konsump-

W sytuacji odczuwalnego globalnego zorganizowania życia społecznego wokół wartości konsumpcji, a jest to odczucie, które obserwujemy bądź doświadczamy, stawia się przed jednostką funkcjonującą w społeczeństwie promującym konsumpcyjny styl życia zadanie samookreślenia się jako „światły konsument” (M. Bogunia-Borowska), który nie poddaje się bezrefleksyjnej, masowej fetyszyzacji kreowanej przez filozofię hedonistyczno-konsumpcyjną. Zadanie to w świetle debaty na temat roli konsumpcji w ponowoczesnej jakości życia społecznego musi uwzględniać poziom i jakość konsumpcji, wynikające z wiedzy jednostek i umiejętności odczytywania przez nie kodów społecznych, co sprzyja rozwojowi potencjału społecznego w kierunku „pozytywnej konsumpcji” (E. Fromm)<sup>8</sup>, zapewniającej równowagę systemu społecznego.

Złożoność i temporalna wielowymiarowość społeczeństwa późnej nowoczesności, determinowane przez wieloznaczność, ambiwalencję, przejściowość, różnorodność rzeczywistości społeczno-kulturowej poddającej się ustawicznym fluktuacjom sprawiają, że opis i standaryzacja heterogeniczności obiektywizującego się w swych działaniach społeczeństwa są trudne do uchwycenia.

Na poziomie jednostkowych decyzji przejście do „ponowoczesności”, w myśl której przyszłość nie stanowi prostej kontynuacji teraźniejszości bądź doświadczanie „późnej nowoczesności”, w której cechy konstytutywne nowoczesności przybierają skrajną postać, oznacza, że można i należy jedynie żyć zmianą, gdzie każdy „musi stać się wzorem dla epoki jaką pragniemy stworzyć” (Illich, za: Kwieciński, 2000, s. 269). Istnienie wielu układów odniesienia, posiadających własne kryterium racjonalności, stanowi atrybut teraźniejszości i będzie trwałą cechą przyszłości, a „przeżywanie ambiwalencji jest dożywotnym »wyrokiem«, czy nawet przekleństwem współczesnego człowieka” (Kwieciński, 1997, s. 16). Wypierając ze świadomości pojawiające się w życiu codziennym wątpliwości moralne, jednostka skazuje się na indywidualne poczucie bezsensu. Obok refleksji prezentystycznej, życie w dobie późnej nowoczesności cechuje trudność w antycypowaniu kierunku zmian, które „wykraczają poza wszelkie oczekiwania człowieka i wymykają się jego kontroli” (Giddens, 2001, s. 40). Refleksyjność jednostki wiąże się z niepewnością jutra, ryzykiem, niepokojem egzystencjalnym,

---

cja może mieć również charakter pozytywny, „zhumanizowany”, „funkcjonalny”, „racjonalny”, tzn. oparty na zaspokajaniu konstruktywnych potrzeb jednostkowych, które sprzyjają rozwojowi osobowości społecznej jednostki (Bogunia-Borowska, 2003, s. 265–266).

<sup>8</sup> Pojęcie „pozytywnej konsumpcji” odwołuje się do jednostek, które wskutek posiadanej wiedzy i umiejętności wyboru i oceny ofert konsumenckich poszerzają zakres swojej podmiotowości. W tym sensie konsumpcja nie jest pozbawiona pierwiastka kreatywności, gdyż wyznacza poziom i jakość życia jednostkowego i społecznego.

utrata poczucia pewności i bezpieczeństwa oraz koniecznością przyjmowania „tożsamości palimpsestowych” (Z. Bauman), użytecznych w danej chwili, w danym kontekście sytuacyjnym, dla jednorazowych potrzeb, jakie wymusiła na jednostce niepewna rzeczywistość. Osamotniona jednostka została „odkotwiczona” (Bauman, 2000) i dryfuje w nieznaną przyszłość w tłumie równie samotnych ludzi (Riesman, 1971). Izolacja egzystencjalna „to nie tyle oddzielenie jednostek od siebie nawzajem, ile ich oddzielenie od zasobów moralnych koniecznych do osiągnięcia życiowej satysfakcji i pełni egzystencjalnej” (Giddens, 2001, s. 13–14). Żyjemy niejako zawieszeni w czasie, pomiędzy przeszłością a przyszłością, ponieważ nie ma nas „ani tutaj, ani tam” (Naisbitt, 1997). Permanentny charakter ekstensywnej i ekspansywnej zmiany społecznej można próbować opisać, częściowo zrozumieć i systematycznie wyjaśniać poprzez percepcję owych zmian „na poziomie, na którym jednostka ludzka kształtuje swoje odniesienia” (Miształ, 2000, s. 144, 151–164), aktualizując wiedzę o sobie, o świecie, poszukując odwzorowań, co nie pozostaje bez wpływu na autodefinicję podmiotu społecznego. Globalny i globalny charakter dynamicznych przemian społecznych implikuje konceptualizowanie się zróżnicowanych oraz elastycznych, zmiennych i otwartych form indywidualnej i zbiorowej tożsamości (Scholte, 2005, s. 224–231). W tym sensie „tożsamość jako kategoria chwytająca zarówno aspekt podobieństwa (identyczności), jak i różnicy jednostek i grup społecznych okazuje się zatem trafiać w sedno toczącego się współcześnie teoretycznego dyskursu” (Kempny, 2001, s. 97–98) nad tym, co globalne (uniwersalne) i lokalne (partykularne), albowiem „po raz pierwszy w historii ludzkości tożsamość i społeczeństwo połączone są w globalnym środowisku” (Giddens, za: Miształ, 2000, s. 156). Postępujący proces globalizacji, utożsamiany z fragmentaryzacją, wieloznacznością w różnych sferach życia społecznego oraz utratą i permanentną zmianą jednostkowych punktów odniesienia, aktualizuje problem dynamiki zmiany natury tożsamości, który zwrótnie na niego oddziałuje<sup>9</sup>.

Globalizacja utożsamiana z „wielością światów” (Z. Bauman), jak podkreśla B. Miształ, „zmieniła naturę »tożsamości«, obnażyła ją i wyłuskała z kontekstu roli społecznej, uwolniła od roli determinującego wpływu i odarła z pewności [*certainty*], jaka się wiązała z konstruowaniem tożsamości w warunkach społeczeństwa przemysłowego” (Miształ, 2000, s. 144–145).

<sup>9</sup> Na relacyjny charakter tożsamości zwraca uwagę A. Kłosowska, podkreślając, iż „nie można oddzielić rozwoju jednostkowego od zmian, jakie mają miejsce w społeczeństwie, jak i nie można rozdzielić kryzysu tożsamości w życiu jednostki i równoczesnych kryzysów rozwoju historycznego”. Kultura, historia wpływają na konstruowanie tożsamości jednostki, a kryzys tożsamości może być związany nie tylko z walką wewnętrzną, ale także ze wstrząsami zewnętrznego świata i konfliktem ze społeczeństwem” (Kłosowska, 1990, s. 175).

Dynamika zmian w płaszczyźnie społeczno-kulturowej implikuje zmiany w tożsamościowych aspektach życia społecznego, w jakich jednostka poszukuje i dookreśla siebie. Dla partycypujących w chybotałej rzeczywistości jednostek i grup społecznych znalezienie odpowiedzi na pytania „kim jestem?”, „kim się staję?” nabierają szczególnego znaczenia i okazują się być coraz trudniejsze do sprecyzowania. „Kiedy ludzie zaczynają mówić, »jak to dobrze mieć tożsamość«, znaczy to najpewniej, że zwątpili, czy aby na pewno ją mają i nie bardzo wiedzą, co należałoby zrobić, by ją mieć. Tymczasem mieć tożsamość to nie czuć potrzeby zastanawiania się nad nią. Świadomość czy potrzeba posiadania tożsamości pojawiają się wówczas, kiedy okazuje się, że odpowiedź na pytania »kim jestem?« i »gdzie należę?« – co w praktyce wychodzi na jedno – wcale nie jest jasna ani prosta” (Bauman, 2001, s. 8). Jednostki i społeczeństwa stają wobec dylematu samookreślenia się, wyostroszonego poszukiwania tożsamości, która jest „zadaniem do wykonania i zadaniem przed jakim nie ma ucieczki” (Bauman, 1994, s. 9). Konstruowanie tożsamości ma charakter twórczy, a w warunkach późnej nowoczesności staje się elastycznym i otwartym procesem poszukiwania identyfikacji. W obrębie teoretycznego dyskursu akcent pada nie tylko na pytanie o istotę tożsamości (czym jest i jak definiowana jest tożsamość), ale również, a może przede wszystkim, na problem „w jaki sposób tożsamość się tworzy i zmienia” (Jawłowska, 2001, s. 54) w biegu życia jednostki.

Powyższe ustalenia należy uzupełnić o dodatkowy element, który zarysowuje się we współczesnym teoretycznym dyskursie. Podkreślając wagę ontologicznej pewności jednostki, można go określić jako odczuwanie przez podmiot konsekwentnej ciągłości biograficznej, przy towarzyszącym ponowoczesności zjawisku mnożenia identyfikacji. To przede wszystkim wskutek niewydolności podmiotu do refleksyjnej interpretacji przebiegu własnej egzystencji i braku poczucia kontynuacji jednostka przeżywa dylematy tożsamościowe. Stanowią one odpowiedź na brak umiejętności ciągłej konstrukcji i rekonstrukcji tożsamości przez jednostkę zdolną do ciągłego, wielokrotnego i pogłębionego namysłu nad własną osobą.

W „nieciągłej czasoprzestrzeni i niejednorodnym systemie znaczeń kulturowych” (Miształ, 2000, s. 157) tożsamość staje się praktyką poznawczą, opartą na permanentnym, indywidualnym eksperymentowaniu. Ponowoczesność otwiera przed jednostką wachlarz licznych możliwości autokreacji, a tożsamość staje się elastycznym systemem odniesień. Zasadne wydaje się postawienie pytań, czy pejzaż ponowoczesnego świata sprzyja konceptualizacji dojrzałej tożsamości jednostkowej oraz czy pojedynczy człowiek może być przygotowany do permanentnej autokreacji, gwarantującej satysfakcjonujące przeżywanie własnej osoby i swojego miejsca w ponowoczesnej rzeczywistości? Rozważania Z. Baumana udzielają częściowej odpowiedzi na

postawione pytania. Inspiracją do dalszych dociekań i badawczych eksploatacji jest sformułowana przez autora teza, że „potrzeba konstruowania, przerabiania i uaktualniania tożsamości łączy wszystkich mieszkańców ruchliwego świata, zaś zdolność w zaspokajaniu tej potrzeby, choćby w minimalnym stopniu, dzieli ich, a być może wręcz polaryzuje układ społeczny” (Bauman, 2001, s. 14).

Zorientowanie współczesnego społeczeństwa na globalną zmianę stwarza potrzebę przebudowania ram ludzkiej aktywności w oparciu o „globalną świadomość”. Jej istotną cechą jest widzenie świata jako całości, a jego mieszkańców jako „podmiotów osobowych” (K. Obuchowski), „podmiotów poszukujących”. *Homo explorans* (Cudowska, 2004, s. 263–268) permanentnie poszukuje znaczeń i nowych uzasadnień. Praktyką staje się dokonywanie wyborów, ich ocenianie i wartościowanie oraz krytyczny namysł. Czynniki sprawczymi przekształceń rzeczywistości i formowania się nowej jakości społecznej rzeczywistości są: stopień ciekawości i giętkości poznawczej, poczucie sprawstwa i poczucie odpowiedzialności za sprawstwo, orientacja temporalna na przyszłość, wysoki stopień ufności wobec innych i świata oraz poczucie godności i wzajemnego szacunku członków globalnej zbiorowości. Rozpowszechnione twierdzenie, że „działamy lokalnie myśląc globalnie”, wyraźnie nawiązuje do perspektywy, w myśl której człowiek jest podmiotem (posiada moc twórczą, moc sprawczą i ponosi odpowiedzialność za swoje sprawstwo (Czerepaniak-Walczak, 1994)), któremu przysługuje prawo do godności, samorealizacji i rozwoju. Z losów jednostkowych wynika los zbiorowy.

Pomiędzy tym, co globalne, a tym, co lokalne konstytuuje się tożsamość człowieka ponowoczesności, który poprzez twórcze relacje ze światem społecznym, będącym źródłem zindywidualizowanych znaczeń, może w satysfakcjonujący sposób egzystować w przestrzeni pogranicza i ukształtować „tożsamość poszukującą”. Stanowi ona remedium na odnalezienie się współczesnego człowieka w sytuacji globalnej ekumeny kulturowej. Oznacza zdolność do aktywnego poszukiwania własnego „Ja” poprzez przeżywanie empatii kulturowej. To wskutek odmienności Innego jednostka odnajduje siebie, wzbogaca swoją tożsamość o kontekst Innego, bez konieczności rezygnacji z własnej perspektywy kulturowej zarówno w warstwie poznawczej, emocjonalno-uczuciowej, jak i aksjologiczno-oceniającej. Kształtowanie tożsamości, ujmowanej jako „unikanie sztywności i pozostawianie wszelkich możliwych drzwi otwartych” (Z. Bauman, za: Kempny, 2001, s. 94) staje się, jak podkreśla L. Witkowski, „szansą przetrwania bez poczucia wykorzenienia, gdy nie jestem już dla siebie tym, kim nie chcę być (wypierając się swojej przeszłości), a nie jestem wciąż dla innych tym, kim chciałbym być (dobijając się tak zredukowanej tym odcięciem przyszłości)” (Witkowski, 1995, s. 16).

Rozwój własnego, autentycznego „Ja” przebiega w dwóch etapach. Bez zdolności twórczej eksploracji (pierwszy krok), a więc aktywnego poszukiwania, doświadczania, testowania, cofania się w głąb siebie, zrozumienia możliwości w nas tkwiących, zaakceptowania ograniczeń oraz refleksji nad relacją ze światem społecznym nie można przejść do podjęcia zobowiązania (etap drugi), czyli powzięcia odpowiedzialności za podjęte działania. Efektem rozwojowym jest „tożsamość osiągnięta” (*identity achievement*) (Brzezińska, 2000, s. 243). Istotny jest świadomościowy kontekst ujmowania własnej podmiotowości w narracji własnego rozwoju, przy jednoczesnym celebrowaniu różnicy, otwarciu się na Innego, na różnorodność kulturową, a nawet „uczeniu się od outsidera” (J. Rutkowiak)<sup>10</sup>. W procesie takiego rozumienia podmiot poznaje siebie „przez Innych i dzięki nim [...] odnajduje sens różnicy i przyjmuje ją z szacunkiem i uznaniem” (Cudowska, 2004, s. 254), gdyż pozwala mu ona na lepszą orientację i zakorzenienie w wielokulturowym społeczeństwie. „Człowiek poszukujący” odkrywa ciągle nowe obszary identyfikacji, doświadcza permanentnej zmiany i kształtuje w sobie nowy typ umysłowości, który za W. Welschem można nazwać „rozumem transwersalnym”, najbardziej adekwatnym do „wielości i różnicy konstruującej coraz częściej narracje współczesności”<sup>11</sup>.

Tożsamość „poszukująca” charakteryzuje się „etycznym i aksjologicznym nasyceniem, ciągłym otwarciem na siebie z przyszłości, siebie którego jeszcze nie ma, który ciągle staje się i wciąż spełnia się w niedokończeniu, w nieustannym dążeniu do doskonałości” (Cudowska, 2004, s. 254). Implikuje to postrzeganie człowieka jako bytu permanentnie poszukującego siebie, w twórczym rozumieniu odmienności, bez konieczności rezygnowania z własnego systemu wartości, które przypominają człowiekowi, że „nie jest jeszcze dokończony, że czeka go historia” (Delsol, 2003, s. 147). Wyróżniona idea niesie największy potencjał rozwojowy i sprzyja kreowaniu poczucia własnej podmiotowości, a więc świadomości i przeświadczenia o tym, że jest się „twórcą i sprawcą zdarzeń wynikających z własnych preferencji”, a „towarzyszy temu gotowość do ponoszenia odpowiedzialności za sprawstwo” (Czerepaniak-Walczak, 1994, s. 106).

Samookreślenie jednostki i żywienie przez nią przekonania, że jest podmiotem, wzmacnia jej zdolności do refleksyjnego, krytycznego myślenia, po-

---

<sup>10</sup> Do interesującego wniosku dochodzi K. Obuchowski. Zdaniem autora w wyniku rewolucji podmiotów indywidualnych outsiderów już „nie ma i być nie może, gdyż nie ma tego czegoś, poza czym można być” (Obuchowski, 2000, s. 35).

<sup>11</sup> Jest to rozum nomady, którego prędkość pozbawiła lokalizacji. Jest to „rozum bardziej ograniczony, ale i bardziej otwarty, umożliwia przejście między różnymi racjonalnościami. Jego działanie jest zarazem horyzontalne i przejściowe, zróżnicowane i cząstkowe, jak mówi W. Welsch, nie dąży do obejmowania całości. Ten nowy typ umysłowości jawi się nowym sposobem pojmowania rozumu” (Welsch, za: Cudowska, 2004, s. 265).

wątpiewania w istnienie jednej racji oraz wielokrotnego namysłu i wiedzy o alternatywnych możliwościach wyboru wartości składających się na obraz własnego „Ja” i określających projekt własnego życia. Rozwój „Ja” autentycznego, któremu towarzyszy przekonanie, że jest się lojalnym „po pierwsze w stosunku do siebie” i „szczerym z samym sobą” (A. Giddens) zakłada – jak podkreśla Laing – zdolność podmiotu do rozdzielania „Ja” prawdziwego, zorientowanego na całościowy cel odnajdywania siebie, od „Ja” fałszywego, odzwierciedlającego narzucone przez innych opinie, oceny, uczucia. Jednostka ma wybór, może „wyzdrowieć albo powtarzać” (Giddens, 2001, s. 110).

Odpowiedzią na nieodłączną ambiwalencję ponowoczesności jest nieustanny proces kreowania pozytywnego wizerunku siebie, konstytuowania tożsamości jako efekt dyskursu pomiędzy „Ja” przeszłym, teraźniejszym i przyszłym. W ujęciu Ch. Taylora „tożsamość jest procesem nigdy nie kończącej się samoartykulacji; ma otwarte granice, lecz w obrębie danych horyzontów sensu” (Środa, 2003, s. 62). Zdolność do harmonijnej egzystencji podmiotu w wielości źródeł ponowoczesnych znaczeń domaga się uznania swojej wyjątkowości, indywidualności i odrębności, przy jednoczesnym gloryfikowaniu różnicy w uniwersum relacji. Indywiduum, wciąż będące *in statu nascendi*, odnajduje samego siebie w pracy nad sobą, w interpretacji własnej biografii jako „rozwijającej się opowieści” (A. MacIntyre, za: Środa, 2003, s. 204). Idea „tożsamości poszukującej” pozwala interpretować dylematy tożsamościowe jako liczne możliwości poszukiwania tożsamości przez człowieka późnej nowoczesności, wciąż otwartego na siebie z przyszłości i poszukującego znaczeń nadających „jemu w świecie” i „światu w nim” sens.

Ujmowanie rzeczywistości globalnej jako układu stosunków między autonomicznymi podmiotami życia społecznego (człowiek jako pojedyncze jestestwo) skłania do refleksji. Zagrożeniem dla człowieka doby ponowoczesności niekoniecznie musi być cywilizacja – często, a może należałoby powiedzieć przede wszystkim, tym zagrożeniem może być jego świat wewnętrzny, nie zawierający w sobie potencjału rozwojowego.

## LITERATURA

- BAUMAN, Z. (1994). *Dwa szkice o moralności ponowoczesnej*. Warszawa: Instytut Kultury.
- BAUMAN, Z. (2000). *Ponowoczesność jako źródło cierpienia*. Warszawa: Wydawnictwo Sic.
- BAUMAN, Z. (2002). *Society under Siege*. Malden: MA Blackwell Publishers.
- BAUMAN, Z. (2001). *Tożsamość – jaka była, jest i po co?* W: A. Jawłowska (red.). *Wokół problemów tożsamości*. Warszawa: Wydawnictwo LTW.
- BECK, U. (2002). *Spoleczeństwo ryzyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- BOGUNIA-BOROWSKA, M. (2003). *Dylemat drugi: konsumpcja*. W: M. Bogunia-Borowska, M. Śleboda (red.). *Globalizacja i konsumpcja. Dwa dylematy współczesności*. Kraków: Wydawnictwo Universitas.

- BRZEZIŃSKA, A. (2000). *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- CUDOWSKA, A. (2004). *Kształtowanie twórczych orientacji życiowych w procesie edukacji*. Białystok: Trans Humana.
- CYBAL-MICHALSKA, A. (2006). *Tożsamość młodzieży w perspektywie globalnego świata. Studium socjopedagogiczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- CZEREPIANIAK-WALCZAK, M. (1994). *Między dostosowaniem a zmianą. Elementy emancypacyjnej teorii edukacji*. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe US.
- DELSOL, CH. (2003). *Esej o człowieku późnej nowoczesności*. Kraków: Znak.
- DOMAŃSKI, H. (1997). *Postmodernizm a struktura społeczna*. „Społeczeństwo otwarte”, nr 12.
- GIDDENS, A. (2001). *Nowoczesność i tożsamość*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- GOFFMAN, E. (1981). *Człowiek w teatrze życia codziennego*. Warszawa: PIW.
- KWIECIŃSKI, Z. (2000). *Tropy, ślady, próby*. Poznań–Olsztyn: Wydawnictwo EDYTOR.
- JAWŁOWSKA, A. (2001). *Tożsamość na sprzedaż*. W: A. Jawłowska (red.). *Wokół problemów tożsamości*. Warszawa: Wydawnictwo LTW.
- KEMPNY, M. (2001). *Globalizacja kultury i ulokowanie tożsamości? Procesy kulturowe w teoretycznym dyskursie współczesnej socjologii*. W: A. Jawłowska (red.). *Wokół problemów tożsamości*. Warszawa: Wydawnictwo LTW.
- KŁOSKOWSKA, A. (1990). *Kultura narodowa i narodowa identyfikacja*. W: A. Kłoskowska (red.). *Oblicza polskości*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- KRAJEWSKI, M. (1997). *Konsumpcja i współczesność. O pewnej perspektywie rozumienia świata społecznego*. „Kultura i społeczeństwo”, nr 3.
- KRAUSE, A. (2001). *Dwa światy Wielkiego Brata – konsekwencje wychowawcze*. „Kultura i Edukacja”, nr 3–4.
- KWIECIŃSKI, Z. (1997). *Pluralizm – pedagogiczną szansą czy brzemieniem?* W: T. Kukołowicz, M. Nowak (red.). *Pedagogika Ogólna. Problemy aksjologiczne*. Lublin: KUL.
- MARQUARD, O. (1994). *Rozstanie z filozofią pierwszych zasad*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- MC LUHAN, H.M. (2001). *Wybór tekstów*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- MELOSİK, Z. (1995). *Pragmatyzm i edukacja w Stanach Zjednoczonych: między poglądami J. Deweya a współczesną rzeczywistością*. W: J. Rutkowiak (red.). *Odmiany myślenia o edukacji*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- MISZTAŁ, B. (2000). *Teoria socjologiczna a praktyka społeczna*. Kraków: Wydawnictwo Universitas.
- NAISBITT, J. (1997). *Megatrendy*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- OBUCHOWSKI, K. (2000). *Od przedmiotu do podmiotu*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- OSSOWSKI, S. (1982). *O strukturze społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- SZTOMPKA, P. (2002). *Socjologia*. Kraków: Znak.
- RIESMAN, D. (1971). *Samotny tłum*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- SCHOLTE, J.A. (2005). *Globalization. A critical introduction*. New York: Palgrave Macmillan.
- ŚLEBODA, M. (2003). *Dylemat pierwszy: globalizacja*. W: M. Bogunia-Borowska, M. Śleboda (red.). *Globalizacja i konsumpcja. Dwa dylematy współczesności*. Kraków: Universitas.
- ŚRODA, M. (2003). *Indywidualizm i jego krytycy*. Warszawa: Fundacja „Aletheia”.
- WALLERSTEIN, I. (2007). *Analiza systemów-światów. Wprowadzenie*. Warszawa: Dialog.
- WITKOWSKI, L. (1995). *Ambivalencje tożsamości z pogranicza kulturowego*. W: M.M. Urlińska (red.). *Edukacja a tożsamość etniczna*. Toruń: Polskie Towarzystwo Pedagogiczne.
- ZIEWIEC, G. (2009). *Nowy niewspaniały świat. Globalizacja i demokracja liberalna z perspektywy Zygmunta Bauman*. „Studia Socjologiczne”, nr 3.



BARBARA JANKOWIAK  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
EMILIA SOROKO  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu



# Socjoterapia jako forma pomocy psychopedagogicznej

## Wprowadzenie

Socjoterapia jest ważnym i obecnym w świadomości społecznej pojęciem, które odnosi się do formy grupowego oddziaływania o pomocowym charakterze. Posługują się nim zarówno nauczyciele, pedagodzy, pracownicy socjalni, resocjalizatorzy, jak i psychologowie, choć zapewne nie wyczerpuje to licznych profesji, które mogą być zawodowo powiązane z socjoterapią. Czy zatem wiadomo, czym jest socjoterapia, a także co ją odróżnia od innych oddziaływań pomocowych? Bliższa refleksja pokazuje, że wokół pojęcia socjoterapii jest wiele kontrowersji i niejasności, choć jednocześnie socjoterapia jako metoda pracy jest z powodzeniem stosowana. W niniejszym rozdziale chcemy przybliżyć to pojęcie i odróżnić je od innych oddziaływań pomocowych, ponieważ uważamy, że teoretyczne rozważania i synteza wiedzy przyczynia się do polepszenia praktyki socjoterapeutycznej. Chcemy pokazać, że socjoterapia może być uznana za formę pomocy psychopedagogicznej, a nie jedynie traktowana jako metoda stosowana w pomaganiu.

Analizując różne definicje i sposoby praktykowania socjoterapii, zauważyć można kilka podstawowych trendów w tym zakresie. Po pierwsze, różni się obszary praktyczne, w których jest ona realizowana i w związku z tym grupy docelowe, po drugie, akcentuje się szerokie lub wąskie ujęcia socjoterapii, wreszcie – po trzecie – spotyka się próby wykazywania, czym socjoterapia z pewnością nie jest. Odnosząc się do obszarów praktycznych, pragniemy wskazać, że socjoterapia funkcjonuje w medycynie (głównie psychiatrii), pomocy społecznej, resocjalizacji czy oświacie – odmienność tych

środowisk czyni praktykę bardzo różną, ale przede wszystkim przyczynia się do odmiennego określania celów socjoterapii. To rozróżnienie jest według nas kluczowe dla praktykowania socjoterapii – jak widać, nie można praktykować socjoterapii w ogóle, ale w silnym powiązaniu ze specyficznymi warunkami tej formy pomocy.

W niniejszej pracy koncentrujemy się na socjoterapii jako formie oddziaływania psychopedagogicznego (por. też Jagieła, 2009). Jeśli chodzi o wąskie i szerokie definicje socjoterapii oraz próby odróżnienia jej od innych form pomocy, to stawiamy pytanie, gdzie wśród innych form pomocy socjoterapię można umieścić i co to o niej świadczy. Ponadto staramy się wykazać, że praktyka socjoterapeutyczna zależy od pewnych założeń co do postępowania socjoterapeuty, które wynikają z jego wiedzy o tym, jakie warunki i sposoby pracy są konieczne, aby osiągnąć pożądany cel oraz umiejętności stworzenia tych warunków i zastosowania metod. Omawiając to zagadnienie, posługujemy się pojęciem procesu socjoterapeutycznego, czyli celowo uruchamianego procesu oddziaływań pomocowych, wykorzystujących dynamikę małej grupy społecznej.

## 1. Socjoterapia a idea środowiska socjoterapeutycznego

Analiza dostępnego piśmiennictwa naukowego oraz publicystycznego zarówno w internecie, jak i pracach opublikowanych w wersjach papierowych sugeruje, że istnieje pewna rozbieżność między pojęciem „socjoterapia” i jego konotacjami w tekstach psychologicznych i pedagogicznych w języku polskim, a pojęciem *sociotherapy* używanym w tekstach anglojęzycznych. „Socjoterapia” pojawia się najczęściej w kontekście oświaty (por. np. Sawicka, 1999; Strzemieczny, 1988), natomiast *socjotherapy* najczęściej w kontekście społeczności terapeutycznej w szpitalach (por. np. Lipgar, 1999; Greene, 1999). Interesujące jest jednak to, że na ogólnym poziomie obydwie definicje zdają się pokrywać, wskazując na terapię relacji społecznych (*therapy of social relations*), odbywającą się właśnie w środowisku społecznym. Przyjrzyjmy się zatem różnym próbom doprecyzowania pojęcia socjoterapii.

Najszersze rozumienie socjoterapii jako formy pomocy wiąże się ze wskazaniem, że socjoterapia odbywa się w społeczności stworzonej po to, aby dostarczać (społecznych) bodźców do poprawienia funkcjonowania, głównie w obszarze relacji interpersonalnych. W tym nurcie podkreśla się, że socjoterapia wywodzi się z nauk społecznych, takich jak praca społeczna, pedagogika społeczna, socjologia, prawo czy psychologia. Celem pracy so-

cjoterapeutycznej jest dostarczenie lepszych warunków do rozwoju kompetencji społecznych i osobistych – warunków lepszych od tych, w których do tej pory przebywała osoba uczestnicząca w socjoterapii. Socjoterapia w tym sensie wspomaga rozwój, szczególnie społeczny i koryguje braki w tym zakresie, co dzieje się w specyficznych warunkach społecznych.

Jak sugeruje analiza różnych definicji socjoterapii, przeprowadzona przez John-Borys (2005, s. 347–352), wspólnym elementem tych definicji jest akcentowanie roli zorganizowanego środowiska (grupy) i relacji społecznych. Środowisko socjoterapeutyczne, jak pisze John-Borys (2005, s. 347–352), miałoby pełnić funkcję leczącą (być czynnikiem leczącym, powodować zmianę terapeutyczną), ale również wspomagać rozwój. Do tych dwóch celów – rozwojowego i korekcyjnego – z pewnością jeszcze powrócimy. Założenie, że warunki (relacje) społeczne mogą kształtować osobę wynika z bardziej podstawowej tezy mówiącej, że poziomy funkcjonowania człowieka są współzależne od siebie i wpływają wzajemnie na swój kształt (por. Brzezińska, 2000, s. 45). Oznacza to między innymi, że obecna w socjoterapii zmiana w obszarze relacji osoba – otoczenie wpływa na zmiany osobowościowe, zmiany struktur umysłowych czy zmiany zachowania, dlatego ograniczanie potencjalnego wpływu socjoterapii do sfery relacji społecznych może być zbyt dużym uproszczeniem. Definicja socjoterapii podawana przez Towarzystwo dla Dobra Socjoterapii (*The Society for the Furtherance of Sociotherapy*) opiera się na holistycznej wizji rodzaju ludzkiego, czyli poglądu, że istota ludzka jest somatyczną, psychiczną, społeczną i duchową jednostką, która jest unikalna dzięki indywidualnej historii rozwoju. Towarzystwo definiuje więc socjoterapię jako metodyczne zarządzanie środowiskiem społecznym w grupie klientów, ukierunkowane na osiągnięcie celów leczenia indywidualnego klienta w jakiejś jednostce funkcjonalnej, zwykle w otoczeniu klinicznym. Założenie holistyczne pozwala uznać więc, że zmiana w środowisku społecznym będzie miała swój oddźwięk i innych sferach funkcjonowania osoby – należy się tego spodziewać i monitorować to, aby zmiana miała charakter rozwojowy. Wpływ środowiska społecznego, obok wpływów biologicznych, uważany jest (Brzezińska, 2000, s. 46) za podstawowy „nacisk”, jakiemu poddawana jest osoba – nacisk ten w socjoterapii jest wykorzystywany jako narzędzie realizacji celów pomocowych, choć traktuje się go bardziej lub mniej dyrektywnie. Płynące z zewnątrz od innych ludzi jawnie formułowane wymagania oznaczają dyrektywne (i tym samym bezpośredni) nacisk społeczny, a z kolei tworzenie środowiska, w którym relacje interpersonalne będą różnorodne i złożone, jest mniej dyrektywnym naciskiem społecznym.

Odmierna jest też kwestia kontrolowania środowiska społecznego (projektowania poszczególnych interakcji i poziomu zorganizowania) w oddziaływaniach socjoterapeutycznych. Na przykład w opiece medycznej pojęcie

socjoterapii traktuje się tak szeroko, że mówi się o niej jako o formie terapii zajęciowej, w której, ogólnie rzecz biorąc, wykonuje się różne czynności wraz z innymi ludźmi (por. Nawrot i in., 2005; Pużyński, 1993). Chodzi tutaj o takie działania, jak wspólne wieczory z tańcami i grami, wycieczki, wspólne pobyty w teatrach i kinach, zwiedzanie miejsc, urządzenie wystaw dzieł plastycznych pacjentów i tym podobne. Proces wspomagania rozwoju zachodzi tutaj przez sam fakt zwiększenia intensywności kontaktów społecznych, a kontrola środowiska społecznego jest tutaj bardzo niska – nie projektuje się poszczególnych interakcji, a jedynie zapewnia się możliwość ich powstawania. Trochę bardziej specyfika oddziaływania środowiska społecznego jest dookreślona w definicji socjoterapii Pużyńskiego (1993). Według niego (Pużyński, 1993, s. 454) jest to „metoda uzupełniająca oddziaływania psychoterapeutyczne, niezbędna składowa działań rehabilitacyjnych”, która obejmuje działania wykorzystujące wpływ społeczny, relacje międzyludzkie i umiejętności społeczne oraz integrację w grupach. W definicji tej jest już zawarta idea celowego wykorzystywania psychologii społecznej do tworzenia środowiska socjoterapeutycznego. Miejscom tak rozumianej socjoterapii są, według Pużyńskiego (1993), szpitale, oddziały rehabilitacyjne, ośrodki dzienne czy kluby byłych pacjentów. Dostępność tak opisanego środowiska społecznego i potencjalnych w nim kontaktów bliska jest idei społeczności terapeutycznej, rozumianej jako sposób „organizacji instytucji leczącej albo oddziały, gdzie celowo wspiera się współdziałanie pacjentów w kierowaniu i planowaniu wspólnej aktywności w leczeniu” (Kratochvil, 2003, s. 287). Celem tego typu oddziaływań jest więc niedopuszczanie do wyizolowania chorego z życia społecznego lub włączanie do życia społecznego po uprzednim wyizolowaniu lub wykluczeniu (por. Wardaszko-Łyskowska, 1966, za: Jagieła, 2009, s. 12).

Wydaje się, że ujęcia akcentujące samą obecność środowiska społecznego i możliwych w nim relacji sprowadza socjoterapię do animacji społeczności, terapii zajęciowej lub spędzania czasu wolnego, zamiast podkreślać czynniki leczące i konieczność ich intencjonalnego uruchamiania przez socjoterapeutę w określonych okolicznościach. Dopiero organizowanie środowiska społecznego jest warunkiem, w którym rozwój osoby i korekta zaburzeń mogą zajść w sposób bardziej kontrolowany. Na przykład w definicji *Słownika psychologicznego* (Szewczuk, 1979, s. 274) czytamy, że socjoterapia to „organizowanie środowiska społecznego pacjenta w tym kierunku, aby w możliwie dużym stopniu sprzyjało ono wyzdrowieniu i utrzymywaniu zdrowia psychicznego”. Jeszcze większą kontrolę środowiska społecznego będą akcentowały te formy pracy socjoterapeutycznej, w których podkreśla się znaczenie pracy z grupą lub wręcz oferuje się pewną metodykę pracy z grupą (np. włączając psychodramę, zabawy interakcyjne czy elementy psychoterapii

grupowej). Wtedy kontrolowanie środowiska społecznego przez prowadzącego socjoterapię oznaczałoby aktywne kreowanie kontaktów społecznych o określonym charakterze, w celu wspomagania rozwoju i korekcji nieprawidłowości w zachowaniach społecznych. Na przykład proponowanie zabaw interakcyjnych – jako jeden ze sposobów konstruowania określonych interakcji między uczestnikami – wymaga między innymi dopasowywania poszczególnych interwencji do fazy procesu grupowego, do indywidualności uczestnika czy preferencji prowadzącego grupę (Vopel, 1999). Jest to więc proces złożony, który ma swoje uzasadnienie w wiedzy psychologicznej, samowiedzy prowadzącego grupę i uważnej obserwacji aktualnej sytuacji w grupie uczestników.

Przyjmując punkt widzenia pomocy psychologicznej, w której jako podstawowy warunek zmiany (poprawy) uznaje się motywację pacjenta oraz jego gotowość do przyjęcia pomocy (por. np. Rogers, 2002), w socjoterapii rola czynników intrapsychicznych wydaje się pomniejszona na rzecz organizowania odpowiedniego środowiska społecznego. Wyraża to definicja obecna w *Słowniku psychologii* (Reber, 2000, s. 686), gdzie socjoterapia to „termin zbiorczy na określenie każdej formy terapii, w której nacisk kładzie się w większym stopniu na czynniki społeczno-środowiskowe i interpersonalne niż na czynniki intrapsychiczne”. Choć czynniki społeczno-środowiskowe są istotniejsze, to jednak nie ulega wątpliwości, że w oddziaływaniu socjoterapeutycznym ważną rolę odgrywa realizowanie celów terapeutycznych i rozwojowych danej osoby, co dzieje się właśnie w kontekście środowiska socjoterapeutycznego. Jednak wśród definicji socjoterapii znaleźć można też takie, które wskazują, że celem oddziaływań może być nie tylko osoba, ale i układ społeczny (np. rodzina, społeczność lokalna, system społecznego oparcia), który przez swoją dysfunkcjonalność wyzwała, potęguje lub utrwała zaburzenia (Milerski, Śliwierski, 2000, s. 204).

R.M. Lipgar (1999) jest przedstawicielem podejścia socjoterapeutycznego przy tworzeniu zasad spotkań społeczności terapeutycznej oddziału szpitalnego (por. krytyka tego podejścia: Greene, 1999). Według tego autora podstawowym celem spotkań społeczności terapeutycznej, jeśli pracuje się w podejściu socjoterapeutycznym, jest nie terapia pacjentów (indywidualne ukierunkowanie pomocy), ale spotkania społeczności, które mogą ułatwiać realizację celów terapeutycznych i wspierać pacjentów w podejmowaniu zobowiązań. To nie pacjent jest celem oddziaływań socjoterapeutycznych, ale oddział składający się z jednej strony ze społeczności pacjentów, z drugiej zaś z personelu, którzy pozostają ze sobą w ciągłych interakcjach. Spotkanie społeczności terapeutycznej oddziału, na którym możliwa jest otwarta dyskusja o różnych wypadkach czy zdezorganizowanych zachowaniach (np. przemoc, samouszkodzenia), prowadzi nie tylko do tego, że i pa-

cji i personel stają się bardziej odpowiedzialni za wspólne bezpieczeństwo, ale także modeluje otwartą komunikację wewnątrz oddziału, pozwalając dookreślać role i zadania personelu, pacjentów oraz wzajemne zależności wewnątrz oddziału. Takie spotkanie społeczności może nieść wiele dodatkowych, pośrednich korzyści terapeutycznych dla pacjentów, choć głównym jego celem było oddziaływanie na środowisko społeczne, a nie praca indywidualna. Oddziaływania socjoterapeutyczne mogą więc być ukierunkowane na układ społeczny, przy czym nasuwa się pytanie, na ile bezpośrednia może to być pomoc i jak odróżnić ją od pracy doradczej z rodzinami lub psychoedukacji.

Pojawia się też kolejny problem podstawowy – czy socjoterapia jako „terapia” jest metodą leczenia zaburzeń psychicznych, czy może metodą wspierania lub wspomaganie rozwoju. Definicja Milerskiego i Śliwierskiego w *Słowniku Pedagogicznym* (2000, s. 204) mówi o leczeniu – pozostaje jednak pytanie, czy to jest rzeczywiście cecha charakterystyczna oddziaływań socjoterapeutycznych. Jeśli socjoterapia odbywa się w domu opieki społecznej lub na oddziale dziennym szpitala psychiatrycznego, to oddziaływania socjoterapeutyczne mają znaczenie raczej podtrzymujące, wspierające lub wspomagające rozwój, nie są zaś ukierunkowane na leczenie danego zaburzenia, które jest podstawową przyczyną uczestniczenia w oddziaływaniu socjoterapeutycznym. Jednak przykładowo wątpliwość taka nie pojawia się już tak wyraźnie w oddziaływaniach socjoterapeutycznych w resocjalizacji, gdzie definiuje się je jako praktykowanie metod korygowania nieefektywnych zachowań interpersonalnych. Socjoterapia może więc być w szczególnych okolicznościach metodą leczenia.

Cytując Milerskiego i Śliwierskiego (2000, s. 204), podkreślmy, że miejsce socjoterapii w planie leczenia może być różne: czasem chodzi o poszerzenie umiejętności społecznych osoby (np. terapia zajęciowa, terapia pracą), czasem o modyfikowanie otaczających osobę układów (praca z rodziną, społeczność lecznicza) albo też o zastępowanie nieprawidłowych układów społecznych w sposób czasowy lub ciągły (np. stowarzyszenia i kluby pacjentów, opieka rodzinna i inne).

Podsumowując, przedrostek „socio-” ma trzy możliwe znaczenia, tzn. może określać: 1) terapię relacji społecznych osoby – polepszenie funkcjonowania społecznego, 2) terapię społeczną – terapię poprzez udział w grupie lub społeczności, 3) terapię społeczności – przez oddziaływanie na system społeczny, który wtórnie wpłynie na osobę. Z przytoczonej literatury nie wynika jednoznacznie, czy wszystkie te znaczenia łącznie tworzą socjoterapię, czy może któreś z nich jest ważniejsze.

Sprawę komplikuje wreszcie fakt, że oddziaływania socjoterapeutyczne – poza kontekstem medycznym, resocjalizacyjnym i socjologicznym – pro-

wadzone są także w ramach ruchu pomocy psychologicznej w oświacie oraz w różnorodnych placówkach opiekuńczo-wychowawczych (por. idea oświatowego modelu pomocy psychologicznej – Sikora, 2011). Zajmując się socjoterapią w tym kontekście, należałoby na nowo spojrzeć na powyższe ustalenia. Wydaje się oczywiste, że jest potrzebne inne, odmienne rozumienie socjoterapii (John-Borys, 2005). John-Borys (2005, s. 348) pojawienie się socjoterapii w oświacie datuje na lata 80. ubiegłego wieku i definiuje socjoterapię w tym obszarze jako metodę pracy z dziećmi i młodzieżą pochodzącymi ze środowisk dysfunkcyjnych wychowawczo. Jagieła (2009, s. 9–10) używa pojęcia „zajęcia socjoterapeutyczne”, które definiuje jako specyficzny rodzaj terapii grupowej zachowań dzieci i młodzieży, których celem jest stworzenie warunków do zaistnienia procesu korekcji swojego postępowania: 1) prze-

**Tabela 1.** Wybrane charakterystyki obszarów praktyki pomocowej, w których może odbywać się socjoterapia

Kategoria	Opieka medyczna	Pomoc społeczna	Resocjalizacja	Oświata i placówki opiekuńczo-wychowawcze
Członkowie grup socjoterapeutycznych	pacjenci cierpiący na zaburzenia utrudniające kontakty społeczne	rezydenci mający niewiele kontaktów społecznych (wykluczeni)	wychowankowie będący w procesie resocjalizacji	uczniowie/wychowankowie z grup ryzyka, np. dzieci z rodzin alkoholowych, z rodzin z przemocą
Placówka	szpitale (np. oddziały psychiatryczne)	domy opieki społecznej	zakłady poprawcze	świetlice socjoterapeutyczne, zajęcia socjoterapeutyczne w placówkach opiekuńczo-wychowawczych
Struktura środowiska socjoterapeutycznego	pacjenci i personel (lekarze, pielęgniarki/pielęgniarki, wolontariusze itp.)	rezydenci i personel	wychowankowie i personel	dzieci/młodzież i personel (zespół socjoterapeutów)
Miejsce wśród innych form oddziaływań	pomocnicze w leczeniu	pomocnicze w pomocy, rehabilitacji	pomocnicze lub podstawowe oddziaływanie	podstawowe oddziaływanie
Główny cel	zwiększenia intensywności kontaktów społecznych	niedopuszczanie do wyizolowania chorego z życia społecznego lub włączanie do życia społecznego po uprzednim wyizolowaniu lub wykluczeniu	korygowania nieefektywnych zachowań interpersonalnych	cele terapeutyczne, edukacyjne i rozwojowe

budowa negatywnych sądów poznawczych o sobie i innych; 2) przeżycie emocjonalnie korektywnego doświadczenia, będącego alternatywą dla wcześniej przeżytych urazów; 3) wypróbowanie nowych, efektywnych wzorców zachowania. W ujęciu oświatowym i opiekuńczo-wychowawczym podkreśla się adresatów oddziaływania (dzieci i młodzież z grup ryzyka, których potrzeby są często sfrustrowane w środowiskach rodzinnych) i nadal utrzymuje się znaczenie środowiska społecznego. Jest to więc głównie terapia relacji społecznych oraz terapia społeczna przez grupę dla specyficznych adresatów.

Środowisko socjoterapeutyczne ma tutaj pewną określoną strukturę personalną: zespół socjoterapeutów (np. wychowawcy-terapeuci, superwizorzy, terapeuci zajęciowi, personel pomocniczy, wolontariusze) oraz dzieci (np. grupy wiekowe), a także szerszy kontekst społeczny, czyli środowiskowa sieć wsparcia społecznego (John-Borys, 2005, s. 356–357). Ten układ społeczny ma znaczący potencjał strukturyzowania oddziaływań pomocowych przez identyfikowanie problemów i oferowanie procedur ich rozwiązywania, do czego wrócimy później.

Idea środowiska socjoterapeutycznego, obecna w ogólnych ujęciach socjoterapii, w oświacie i placówkach opiekuńczo-wychowawczych jest również wyraźnie podkreślana – oczywista jest konieczność organizowania środowiska socjoterapeutycznego w ten sposób, aby możliwa w nim była praca grupowa, uwzględniająca dynamikę małej grupy społecznej. W takim ujęciu sama struktura środowiska przechodzi na dalszy plan w naszych rozważaniach, ustępując miejsca procesowi pomocowemu o psychologicznym i pedagogicznym charakterze, uruchamianemu w grupie uczestników. W dalszych rozważaniach zajmować się będziemy już tylko socjoterapią jako formą pomocy psychopedagogicznej.

## **2. Socjoterapia jako forma terapii i wspomagania rozwoju**

W definicjach socjoterapii w obszarze oświaty specyfikuje się cele oddziaływań oraz typ problemów, w których oddziaływania socjoterapeutyczne będą miały zastosowanie. Przykładowo według definicji socjoterapii Sawickiej (1999, s. 10) jest to „metoda leczenia zaburzeń zachowania i niektórych zaburzeń emocjonalnych, adresowana do dzieci i młodzieży w toku spotkań grupowych”. W definicji tej zawarte jest wyraźne określenie socjoterapii jako metody leczenia zaburzeń, co wydaje się być dość kontrowersyjne nie tyle w założeniach, ile w możliwościach realizacji tego celu podczas realnych oddziaływań socjoterapeutycznych. Wątpliwości budzi bowiem choćby kilka kwestii: 1) na ile możliwe jest precyzyjne zdiagnozowanie za-

burzeń w wieku rozwojowym i w ślad za tym ocenienie wpływu oddziaływania socjoterapeutycznego jako pomocnego; 2) na ile w realnych warunkach, na przykład świetlicy socjoterapeutycznej przyszkolnej, możliwe jest intencjonalne i kontrolowane uzyskanie zmiany w zachowaniu lub w intrapsychicznych procesach u uczestników grupy; 3) czy różnorodny skład grup socjoterapeutycznych jest czynnikiem sprzyjającym czy osłabiającym możliwe lecznicze efekty oddziaływań? Być może więc w mniejszym stopniu chodzi o leczenie (rozumiane jako oddziaływanie pomocne w sytuacji zaburzenia), w większym zaś o wspomaganie rozwoju i kompensowanie deficytów rozwoju społecznego, w szczególności zakłóconych procesów socjalizacji.

### 2.1. Cele oddziaływań socjoterapeutycznych

W literaturze identyfikuje się rodzaj zmian, który powinien pojawić się w wyniku oddziaływań socjoterapeutycznych jako „celowe stwarzanie dzieciom warunków (doświadczeń społecznych) umożliwiających zmianę sądów o rzeczywistości, sposobów zachowań i odreagowanie emocjonalne” (Strzemieczny, 1988, s. 24). Umożliwienie zmiany w przedstawianych wyżej obszarach odnosi się do jednego z celów socjoterapii, w literaturze określonego mianem terapeutycznego (Sobolewska, 1993, za: Jagieła, 2009, s. 25–26). Cel terapeutyczny w dużej mierze dotyczy zmian w zachowaniu poprzez dostarczanie wzorców zachowań pożądanых (modelowanie i naśladowanie), umożliwianie wypróbowania (eksperymentowanie), zmiana sposobów postrzegania i myślenia o rzeczywistości (restrukturyzacja poznawcza), wyćwiczenie zachowań pożądanых (nabywanie biegłości), a także rozpoznawanie i ekspresja emocji, które temu towarzyszą (integracja uczuć). Cel terapeutyczny można by też nazwać celem doświadczeniowym, gdyż chodzi w nim głównie o pogłębienie i poszerzenie własnego doświadczenia. Oprócz celu terapeutycznego wymienia się też cele edukacyjne (Sobolewska, 1993, za: Jagieła, 2009, s. 25–26), takie jak zapoznanie dzieci i młodzieży z zagadnieniami, które ułatwią funkcjonowanie społeczne i rozwiązywanie problemów, umiejętność rozwiązywania konfliktów, rozpoznawania, nazywania i wyrażania emocji, pełnienia ról społecznych. Cele te są (psycho-)edukacyjne w tym sensie, że dostarczają wiedzy dotyczącej funkcjonowania społecznego i są w ścisłej zależności od doświadczeń wskazywanych wyżej, wręcz wydaje się, że pożytek z wiedzy na temat funkcjonowania społecznego będzie możliwy wtedy, gdy elementy tej wiedzy zostaną wprowadzone w doświadczenie i poddane refleksji. Z kolei cele rozwojowe socjoterapii oznaczają takie oddziaływania, które odpowiadają na potrzeby, możliwości

i trudności wynikające z etapów rozwoju psychospołecznego; współgrają one z zadaniami rozwojowymi i są zróżnicowane względem tych etapów, dopasowując oddziaływania np. do nasilenia potrzeby aktywności ruchowej, ciekawości poznawczej, potrzeby afiliacji czy możliwości intelektualnych. Cele rozwojowe wiążą się też z rozpoznawaniem rodzaju, nasilenia i etapów normatywnych lub nienormatywnych kryzysów rozwojowych, charakteryzujących się reorganizacją sposobu funkcjonowania oraz zmianami relacji między jednostką a otoczeniem oraz zawierających w sobie i szansę, i zagrożenie rozwoju (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2008; James, Gilliland, 2008).

Podsumowując, skutek korzystania z formy pomocy, jaką jest socjoterapia, uczestnik może uzyskać wsparcie w realizacji zadań rozwojowych i w przechodzeniu przez kryzysy rozwojowe (zyski rozwojowe), zwiększyć poziom wiedzy na temat funkcjonowania społecznego i umiejętności interpersonalnych (zyski edukacyjne), a także mieć większy dostęp do zachowań pożądanых, ulepszyć kontrolę metapoznawczą i emocjonalną, radzenie sobie z emocjami i stresem (zyski terapeutyczne).

## **2.2. Adresaci oddziaływań i problematyka diagnozowania w socjoterapii**

Do jakiego typu problemów proponowana jest taka forma oddziaływań pomocowych? W literaturze wymienia się głównie problemy w zachowaniu i niektóre zaburzenia emocjonalne lub sugeruje się, że powodem problemów jest brak zaspokojenia potrzeb emocjonalnych lub obecność urazu emocjonalnego (Sawicka, 1999; Strzemieczny, 1988), a dodać można pewnie jeszcze inne niekorzystne zdarzenia zewnętrzne czy właściwości osobowe, takie jak na przykład neurotyzm (por. neurotyzm jako czynnik ryzyka zaburzeń, np. Brzozowski, Drwal, 1995). Wymienione wyżej problemy stanowią jednak bardzo heterogeniczną grupę, a pod hasłem zaburzenia zachowania czy zaburzenia emocjonalne mieści się tak wiele różnorodnych problemów, że warto zastanowić się, w których z nich socjoterapia może być korzystna, a w których nie powinna być zalecana. Zatem warto zająć się adresatem oddziaływań socjoterapeutycznych w dwóch aspektach: 1) jakie typy problemów kwalifikują do socjoterapii; 2) jak dokonać właściwej diagnozy zarówno w zakresie kwalifikacji do socjoterapii, jak i w kwestii diagnozowania w przebiegu oddziaływań (por. Cierpiałkowska, 2008). Odpowiedzi na te pytania nie są łatwe, ponieważ tego typu refleksja nie jest często podejmowana w literaturze przedmiotu, natomiast decyzje kwalifikacji oraz ocena oddziaływań socjoterapeutycznych prowadzona jest na co dzień.

W refleksji nad diagnozowaniem dzieci i młodzieży (Gacek, 2011; Kościelska, 2000) podkreśla się, że diagnoza ta powinna być holistyczna

(uwzględniająca funkcjonowanie w różnych sferach, nie tylko tej identyfikowanej jako zaburzona) i dynamiczna (ciągle uaktualniana, biorąc pod uwagę prawidłowości oraz zmiany rozwojowe, a także możliwość przyjęcia diagnozy przez dziecko i środowisko rodzinne). Jednocześnie wydaje się, że w socjoterapii istnieje pewna potrzeba diagnozy o klasyfikacyjnym charakterze.

Problematyka diagnozy w socjoterapii podejmowana jest z perspektywy wstępnej diagnozy kwalifikacyjnej oraz pełnej diagnozy, przydatnej w programowaniu i dostosowywaniu oddziaływań (Jagięła, 2009). Diagnoza kwalifikacyjna podejmowana może być z trzech perspektyw: oceny psychiatrycznej (rodzaju psychopatologii), oceny czynników ryzyka oraz oceny funkcjonowania psychospołecznego.

Wśród zaburzeń wieku dziecięcego i dojrzewania wymienia się (za: Radochoński, 2001) kilka następujących grup zaburzeń okresu wczesnodziecięcego: 1) rozległe zaburzenia rozwoju dziecka (np. upośledzenie, autyzm), 2) specyficzne zaburzenia rozwoju (umiejętności szkolnych, komunikowania się, emocjonalne, psychomotoryczne, odżywiania się, tiki), 3) zaburzenia nerwicowe, 4) zaburzenia psychotyczne. W wieku adolescencji autor wyróżnia następujące grupy: 1) zaburzenia afektywne (np. depresja, dystymia, samobójstwa), 2) zaburzenia jedzenia (anoreksja, bulimia), 3) zaburzenia zachowania (kontroli zachowania, opozycyjno-buntownicze), 4) uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Z pewnością podział ten nie wskazuje, jaka diagnoza jest podstawą do kwalifikacji do socjoterapii, ale pozwala on na pewne sugestie. Diagnoza rozległych zaburzeń rozwoju lub zaburzeń psychotycznych czy afektywnych może być dyskwalifikująca (deficyty funkcjonowania społecznego są zbyt znaczne), podczas gdy diagnoza zaburzeń specyficznych rozwoju sama w sobie nie musi być wskazaniem, ale dzieci przejawiające takie zaburzenia mogą cierpieć wskutek wtórnych negatywnych konsekwencji w funkcjonowaniu psychospołecznym (np. dzieci otyłe). Sama diagnoza nozologiczna wydaje się być jednak nieprecyzyjnym narzędziem kwalifikacji dzieci i młodzieży do korzystania z zajęć socjoterapeutycznych, a występowanie danej jednostki chorobowej może być nawet przeciwwskazaniem.

Przydatna w rozumieniu zaburzeń funkcjonowania u dzieci i młodzieży jest wiedza o społecznym uwarunkowaniu rozwoju oraz o procesach socjalizacji (przyswajania wzorców zachowania i wartości wymaganych do życia w danej kulturze). W teoriach socjalizacji podkreśla interakcje między podmiotem i jego otoczeniem oraz fakt, że socjalizacja zwykle współwystępuje z procesami podmiotowymi, związanymi z indywidualnością czy emancypacją (por. Rosiński, 2001; Schaffer, 2007; Sołtysiak, 2005). O zaburzeniach socjalizacji można mówić zatem badając deficyty z dwóch perspektyw: 1) po stro-

nie podmiotu socjalizacji, który w swoich zachowaniach nie uwzględnia w dostatecznym stopniu kontekstu społecznego i swojej zależności od grupy społecznej oraz 2) po stronie otoczenia, które dążąc do stworzenia pełnowartościowego członka społeczności, pomija istotne aspekty indywidualności (Rosiński, 2001, s. 349). Prawidłowe określenie genezy zaburzeń powinno uwzględniać również interakcje między obydwoma obszarami.

Wielokrotnie podkreśla się też, że nie jest możliwe określenie kryteriów rozpoznawania zaburzeń socjalizacji, które obowiązywałyby w każdym warunkach i w każdym otoczeniu społeczno-kulturowym (Rosiński, 2001). Podejmuje się jednak różnorodne próby klasyfikacji zaburzeń socjalizacji, najczęściej wiążąc je z zaburzeniami zachowania (identyfikowanymi w podręczniku klasyfikacji zaburzeń, DSM-IV), definiowanymi jako powtarzający i utrwalony wzór zachowania, cechujący się łamaniem podstawowych praw innych ludzi albo poważniejszych reguł społecznych właściwych dla wieku i przejawiający się w szkole, domu, społeczności i otoczeniu rówieśników. Wśród szczegółowych symptomów wymienia się między innymi zastraszanie słabszych, wszczynanie bójek, kradzieże, niszczenie, kłamanie, wagarowanie czy ucieczki z domu (por. np. Kendall, 2004). Zachowania te występują w różnorodnych kombinacjach i z różnorodnym nasileniem, częstotliwością oraz trwałością (forma łagodna, umiarkowana i ciężka). Notuje się sporo sytuacji, w których niemożliwe jest precyzyjne zdiagnozowanie tego zaburzenia, na przykład z powodu niewystarczającej liczby symptomów, ale zachowanie dziecka jest postrzegane przez otoczenie społeczne jako bardzo uciążliwe i przynoszące wiele przykrych konsekwencji dla rodziców, rodzeństwa, nauczycieli czy nieznanym (Kazdin, 2003). Obok zaburzeń zachowania (a czasem wśród nich – zależy to od przyjętej klasyfikacji), wymienia się też zaburzenia opozycyjno-buntownicze, charakteryzujące się zachowaniami negatywnymi, wrogimi i buntowniczymi (na przykład utrata panowania nad sobą, kłótnie z dorosłymi, umyślne irytowanie innych, drażliwość, urażanie się czy oskarżanie innych). Dotychczas – przy zagadnieniu socjalizacji – wymienione zostały zaburzenia umieszczone w grupie zaburzeń eksternalizacyjnych, polegających na uzewnętrznianiu problemów, ale warto wskazać także na grupę zaburzeń internalizacyjnych, polegających na uwewnętrznianiu problemów (Achenbach, 1993, za: Cierpiątkowska, 2008). Internalizacja problemów często wiąże się z zaburzeniami lękowymi, depresyjnymi, poczuciem alienacji czy uzależnieniami (por. też Kendall, 2010). Ta grupa zaburzeń może również wynikać z problematyki socjalizacji, ale nie jest to dostatecznie zbadane, jak w przypadku zaburzeń eksternalizujących.

Informacje o diagnozie nozologicznej lub jej braku oraz o czynnikach ryzyka nie formują jednoznacznej sugestii, kto powinien korzystać z socjoter-

pii. Wydaje się więc, że dopełnieniem będzie diagnoza funkcjonowania psychospołecznego, zawierająca w sobie rozpoznanie zasobów i deficytów (diagnoza pozytywna i negatywna – por. Obuchowska, 1991) funkcjonowania w różnych obszarach: emocjonalnym, poznawczym, behawioralnym oraz interpersonalnym, przy czym ten ostatni obszar wydaje się w socjoterapii najważniejszy. Na przykład Strzemieczny (1988) zachęca do opisu zaburzeń w relacjach interpersonalnych w kategoriach konfliktów między: ja-dorośli, ja-rówieśnicy, ja-sytuacje zadaniowe oraz ja-ja. Problemy w obszarze funkcjonowania społecznego najprawdopodobniej wynikają z zaburzeń socjalizacyjnych. Takie podejście pozwala opisać i rozpoznać znaczące wymiary relacyjne bez konieczności odwoływania się do diagnozy nozologicznej (na przykład chroniąc osobę badaną przed negatywnym wpływem konsekwencji tej diagnozy). Ten typ diagnozy – oczywiście opracowywanej także w innych formach i za pomocą innych teorii (czy paradygmatów) pracy psychologicznej – jest szczególnie przydatny nie na etapie kwalifikacji, ale dla opracowywania adekwatnych planów pomocowych, dostosowanych do indywidualnych potrzeb członka grupy socjoterapeutycznej.

Ponieważ diagnozowanie zaburzeń w wieku rozwojowym jest trudne, a stwierdzenie występowania danej jednostki nozologicznej nawet obciążające i etykietujące, przy określaniu patogenezy (określania drogi powstania zaburzenia) warto zwrócić uwagę na czynniki ryzyka zaburzeń, ich intensywność i współwystępowanie, które może pomóc przewidzieć późniejsze trudności (Kościelska, 2000). Można wymienić za autorką takie czynniki rodzinne, których występowanie jest niekorzystne, jak między innymi: poważny rozdzwitek w parze małżeńskiej, niski status socjoekonomiczny rodziny, zatłoczenie – zbyt duża liczba członków rodziny, kryminalne sprawy ojca, choroba psychiczna matki, nieprzyjazne kontakty z instytucjami, uzależnienia rodziców (Kościelska, 2000; Kazdin, 2006). Udział tych czynników w genezie patologii może być zapośredniczony wieloma innymi czynnikami, związanymi z dzieckiem i ze społecznym kontekstem (np. podatność na zranienie, odporność na stres). W ten sposób powstaje tzw. układ czynników ryzyka i układ zasobów biologicznych, psychologicznych, społecznych i ekologicznych, na który powinna być ukierunkowana diagnoza kwalifikująca osobę do socjoterapii oraz w trakcie oddziaływań socjoterapeutycznych.

Szczególnym dla oddziaływań socjoterapeutycznych czynnikiem ryzyka jest uzależnienie rodziców od środków psychoaktywnych, a szczególnie – ze względu na częstość występowania – uzależnienie od alkoholu lub jego nadużywanie. Rodziny alkoholowe, poprzez wyraźną patologię dynamiki i patologię ról rodzinnych (Cierpiałkowska, 2000), są środowiskiem, w którym procesy wychowawcze (socjalizacji i emancypacji) ulegają opóźnieniu, zaniedbaniu, zaburzeniu lub nawet nie występują (por. też Sakowicz, 2005).

Rodziny alkoholowe nie wypełniają właściwie swoich funkcji wychowawczych, emocjonalnych czy instrumentalnych, co tworzy deficytowe środowisko dla dzieci i przekłada się na trudności w ukształtowaniu pożądanych społecznie wzorców zachowań (stwarzając ryzyko zaburzeń eksternalizujących lub internalizujących), ryzyko współzależnienia czy inne charakterystyczne dla danego dziecka trudności. Adekwatne określenie czynników ryzyka rozwoju zaburzeń jest podstawą do kwalifikacji uczestników do grup socjoterapeutycznych, a potem dalsza diagnoza całościowa pozwala dostosować program oddziaływań do indywidualnych potrzeb uczestnika. Chcemy podkreślić w tym miejscu, że właśnie czynnik ryzyka związany z uzależnieniami rodziców jest często motywem identyfikowania dzieci i młodzieży w potrzebie, a potem kierowania do socjoterapii przez psychologów szkolnych, wychowawców, psychologów w poradniach, pracowników socjalnych czy kuratorów.

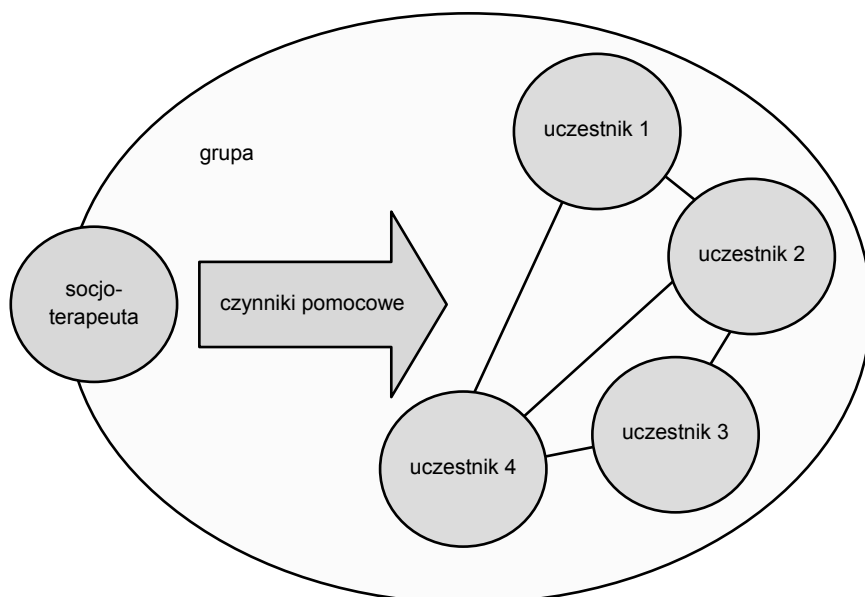
W świetle powyższych rozważań pragniemy podkreślić, że celem nadrzędnym socjoterapii jest według nas zapobieganie rozwojowi psychopatologii i kompensowanie rozwoju (funkcjonowania) psychospołecznego dzieci i młodzieży z grup ryzyka. Nie jest bowiem socjoterapia formą psychoterapii (leczenia) dzieci i młodzieży, ale raczej sposobem na zapobieganie pogarszaniu się funkcjonowania, które mogłoby – bez socjoterapeutycznej interwencji – doprowadzić do rozwoju zaburzeń, na przykład zaburzeń zachowania czy zaburzeń lękowych. Właściwe identyfikowanie ryzyka problemów jest tu zadaniem podstawowym, które należy do osób będących środowiskiem społecznym dzieci i młodzieży (por. też Rosiński, 2001). Dalsza diagnoza o bardziej całościowym charakterze jest prowadzona już przez osoby prowadzące oddziaływania socjoterapeutyczne lub innych specjalistów współpracujących z nimi.

Odpowiadając na postawione wcześniej pytanie o typy problemów kwalifikujące do socjoterapii, sugerujemy, że chodzi o problematykę związaną z funkcjonowaniem społecznym i raczej o kwalifikowanie na podstawie czynników ryzyka rozwoju psychopatologii niż na podstawie już występujących zaburzeń (tu najbardziej adekwatną formą oddziaływania byłaby psychoterapia). Natomiast w kwestii pytania o to, jak dokonać właściwej diagnozy kwalifikacyjnej sugerujemy: 1) otwartość na negocjowanie problemu zgłaszanego przez otoczenie społeczne uczestnika (protodiagnozy); 2) podjęcie się diagnozy wszystkich dostępnych elementów systemu społecznego dziecka zgłaszanego wraz z oceną poziomu gotowości do uczestniczenia w socjoterapii; 3) uwzględnienie w doborze uczestników celów i całościowego składu planowanej grupy pod względem różnorodnych charakterystyk uczestników i decyzji, czy grupa ma być bardziej homogeniczna czy heterogeniczna. Co do diagnozy całościowej w przebiegu socjoterapii, po-

winna ona uwzględniać zarówno ocenę: 1) na etapie projektowania interwencji (dopasowywania interwencji do sytuacji psychospołecznej uczestnika), 2) ciągłej diagnozy związanej z reakcjami na poszczególne interwencje prowadzącego socjoterapię oraz na interakcje między uczestnikami, 3) ewaluacji oddziaływań z poziomu całej grupy i poszczególnych uczestników. Próbując odpowiadać na te pytania, wiemy, że jest to zaledwie początek refleksji nad omawianą problematyką.

### 2.3. Proces socjoterapeutyczny – uruchamianie grupy

Cele pomocowe, rozwojowe oraz edukacyjne, zebrane pod „parasolem” kompensacji deficytów rozwoju społecznego, realizowane są w socjoterapii w specyficznych okolicznościach społecznych. Okoliczności te można opisać przez dwa parametry: procesy zachodzące w małej grupie społecznej oraz osobę socjoterapeuty, którego rolą jest uruchamiać intencjonalnie w toku pracy grupy czynniki pomocowe, ukierunkowane na poszczególnych uczestników z osobna oraz na całą grupę jako system społeczny (będący też często dla uczestników ważną grupą odniesienia). Praca grupowa, prowadzona przez socjoterapeutę, jest adekwatną odpowiedzią na społeczny rys problemów uczestników socjoterapii. Refleksyjne uruchamianie czynników



Rys. 1. Proces socjoterapeutyczny – dynamika grupy

pomocowych w małej grupie społecznej, uwzględniając dynamikę grupową oraz potrzeby interwencyjne poszczególnych uczestników, jest według nas istotą procesu socjoterapeutycznego (por. rys. 1). Zarówno czynniki pomocowe, jak i praca grupowa omówiona jest w kolejnych rozdziałach.

### 3. Problematyka ewaluacji oddziaływań socjoterapeutycznych

Ewaluacja oddziaływań socjoterapeutycznych wydaje się być współcześnie szczególnym wyzwaniem. W świetle proklamowanego obecnie nurtu praktyki opartej na dowodach empirycznych (Stemplewska-Żakowicz, 2009; Kazdin, Weisz, 2006) oraz wiedzy na temat ewaluacji programów pomagania (Brzezińska, 2005; Sęk, Brzezińska, 2008) wyrażamy przekonanie, że oddziaływania socjoterapeutyczne powinny być poddawane różnym formom ewaluacji, która pozwoli ocenić ich skuteczność na różnych poziomach oraz umożliwi planowanie i prowadzenie oddziaływań, których skuteczność została udowodniona empirycznie. Do tej pory w literaturze na temat socjoterapii dominowały raczej pozycje czy artykuły, w których podnoszono kwestię ewaluacji (por. np. John-Borys, 2005) czy próbowano ją realizować (por. np. Dragan, Oleksy, 2005). Jako formę ewaluacji wykorzystywano sprawozdania z oddziaływań świetlic socjoterapeutycznych (por. np. Frąszczak, 2005) lub też po prostu opisywano programy, które zostały przeprowadzone i mogłyby być inspirujące dla praktyków (por. np. Sawicka, 1999). Choć prowadzenie ewaluacji w formie badań empirycznych nad skutecznością oddziaływań wydaje się niezmiernie trudne i problematyczne ze względu na kryteria sukcesu, a nawet czasem wątpliwe wobec słabej czułości stosowanych metodyk, to jednak jest ona ważnym źródłem inspiracji dla oceny oddziaływań socjoterapeutycznych w kilku przynajmniej kwestiach. Po pierwsze docenia się w ogóle wartość monitorowania pracy grupy oraz socjoterapeuty, po drugie zostaje położony nacisk na taki poziom proceduralizacji oddziaływań, który pozwala refleksyjnie dobierać innemu socjoterapeucie skuteczne sposoby pracy. Aspekt trzeci to spojrzenie na ewaluację jako proces „zbierania informacji o przebiegu działania i uzyskiwanych efektach oraz ich analizowania w celu udoskonalania przebiegu tego procesu i osiągnięcia zamierzonych efektów” (Brzezińska, 2005, s. 232).

Tak rozumiana ewaluacja wpisuje się w każdy z etapów procesu pomagania – projektowanie pomocy, realizację programu pomocy i ewaluację pomocy (Brzezińska, 2005). Na początkowym etapie ewaluuje się między innymi adekwatność koncepcji programu do potrzeb adresatów, kompetencje osób zaangażowanych w przyszłą realizację programu pomocy i przewidywane warunki realizacji pomocy, a także ustala się formy ewaluacji koń-

cowej. Na etapie realizacji i zakańczania programu ewaluuje się efekty na każdym z etapów (śródetapowe monitorowanie zmiany) oraz efekty końcowe programu – w obydwu wypadkach odnosząc się do celów indywidualnych i grupowych, a także komfortu i samopoczucia osób zaangażowanych w realizację programu pomocy. Ostatni aspekt ewaluacji dotyczy oceny efektów odroczonych, głównie ich trwałości, transferu wiedzy i umiejętności na sytuacje życiowe, a także pozytywnych i negatywnych efektów ubocznych. Przedstawiona tutaj propozycja wskazuje, że ewaluacja jest procesem ciągłym, zwiększa świadomość uruchamiania procesu socjoterapeutycznego i jest ważnym obszarem kompetencji socjoterapeuty. Zachęca też do prób konstruowania narzędzi ewaluacyjnych, dostosowanych zarówno do bezpośrednich adresatów pomocy (dzieci i młodzieży), jak i szerszego kontekstu społecznego (rodziców, nauczycieli, wychowawców i innych uczestników środowiska lokalnego) oraz socjoterapeutów.

Jakość oddziaływań socjoterapeutycznych może być poddawana refleksji przez odpowiedź na następujące niżej wymienione pytania<sup>1</sup>, przy wykorzystaniu skali szacunkowej.

1. Do jakiego stopnia codzienne środowisko stymuluje uczestników do aktywnego udziału?

2. Do jakiego stopnia uczestnicy mają możliwość poprawić repertuar swoich zachowań?

3. Do jakiego stopnia uczestnicy potrafią wypełniać codzienne zadania i procedury?

4. Do jakiego stopnia socjoterapeuta jest w stanie uczyć się na bazie interakcji z kolegami po fachu, uczestnikami i innymi osobami zaangażowanymi w proces pomocy?

5. Do jakiego stopnia uczestnicy są zachęceni do współpracy ze sobą, komunikacji?

6. Do jakiego stopnia decyzje zespołu, w którym pracuje socjoterapeuta, są zrozumiałe dla uczestników grupy?

7. Do jakiego stopnia to, co się dzieje w grupie, ma znaczenie dla funkcjonowania poza grupą socjoterapeutyczną?

Lista ta oczywiście nie jest pełna i każda placówka może określić inne aspekty dobrej praktyki socjoterapeutycznej.

Próbując uporządkować przedstawione analizy, skłaniamy się do następującego brzmienia definicji socjoterapii:

**Socjoterapia to forma pomocy psychopedagogicznej (w obszarze oświaty i instytucji opiekuńczo-wychowawczych), ukierunkowana na dzieci i młodzież z grup ryzyka lub/i przejawiające zaburzenia w funkcjonowaniu**

---

<sup>1</sup> Są to kwestie podnoszone nie tylko w socjoterapii związanej z oświatą i placówkami opiekuńczo-wychowawczymi – <http://www.pantarhei.org>.

**psychospołecznym** (niekoniecznie zdiagnozowane psychiatrycznie), **która polega na intencjonalnym** (czyli związanym z myśleniem wykorzystującym wiedzę psychologiczną i pedagogiczną, nieprzypadkowym oraz ewaluowanym) **uruchamianiu czynników pomocowych, wykorzystujących procesy grupowe** (tu mieści się strona techniczna oddziaływań, metody pracy) **i rolę socjoterapeuty** (tu mieści się postawa i odpowiedzialność etyczna), **w celu kompensacji** (raczej uczenie i rozumienie niż leczenie) **potencjalnych deficytów rozwoju społecznego i zapobieganiu kształtowaniu się zaburzeń** (wynikających z różnych powodów) **uczestników grupy.**

#### **4. Specyfika socjoterapii wśród innych form pomocy psychopedagogicznej**

W niniejszej części rozdziału poszukujemy odpowiedzi na pytanie o miejsce socjoterapii wśród innych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Dokonujemy analizy istoty poszczególnych form pomocy, ich celów oraz grupy docelowej, do jakiej się odnoszą. Dlaczego warto dokonać takich analiz? Wynika to z faktu istnienia wielu definicji samej socjoterapii (por. powyższe rozważania), które prowadzą do chaosu terminologicznego związanego z omawianym zagadnieniem oraz do niejasności, co jest, a co nie jest socjoterapią. Szczególnie istotne wydają się pytania – i próby odpowiedzi – dotyczące części wspólnych oraz różnic pomiędzy socjoterapią a psychoterapią (por. np. Whiteley, 1986).

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna obejmuje szeroki zakres oddziaływań. J. Cz. Czabała i H. Sęk (2000, s. 605), charakteryzując formy pomocy psychologicznej, wyróżniają:

- działania ukierunkowane na rozwój jednostki – wspieranie samorealizacji,
- działania nastawione na rozwój takich podmiotowych cech i właściwości środowiska, które sprzyjają kształtowaniu i zachowaniu zdrowia – promocja zdrowia,
- zapobieganie patologii – prewencja,
- pomoc w rozwiązywaniu kryzysów rozwojowych – poradnictwo psychologiczne,
- pomoc w rozwiązywaniu sytuacji traumatycznych i kryzysowych – interwencje kryzysowe,
- pomoc w zmniejszaniu i usunięciu zaburzeń – psychoterapia, rehabilitacja, resocjalizacja.

Aby podjąć dyskusję na temat miejsca socjoterapii wśród innych form pomocy zdefiniowano te spośród nich, które są socjoterapii najbliższe: promocja zdrowia, prewencja, psychoterapia.

„Promocja zdrowia jest to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania” (Karta Ottawska, 1986, za: Heszen-Niejodek, Sęk, 1997, s. 42). Zdaniem H. Sęka i J. Cz. Czabały udział psychologii w promocji zdrowia to zespół działań profesjonalnych psychologów, których celem jest kształtowanie i utrwalanie zachowań potrzebnych do rozwoju i utrzymania zdrowia jednostki. Działania te powinny być ukierunkowane na całą populację i dotyczyć codziennego życia. Według tych autorów główne obszary i zadania promocji zdrowia to:

- 1) budowanie prozdrowotnej polityki państwa;
- 2) tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu;
- 3) wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia;
- 4) rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu;
- 5) reorientacja służby zdrowia (Czabała, Sęk, 2000, s. 607).

Odwołując się do wyżej wymienionych obszarów można zauważyć, że są one częściowo zbieżne z zadaniami, które stawiamy przed socjoterapią. „Tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu” wydaje się być jednym z podstawowych celów socjoterapii w nurcie idei środowiska socjoterapeutycznego, jak i rozumianej jako odpowiednie kształtowanie środowiska społecznego w celu umożliwienia zaistnienia korektywnych oddziaływań, skierowanych na proces socjalizacji dzieci i młodzieży. Również obszar czwarty, „rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu”, wydaje się być niezwykle istotny w procesie socjoterapii. Uczenie się przez dzieci i młodzież nowych umiejętności społecznych jest bowiem jednym z podstawowych czynników pomocnych w socjoterapii. Wydaje się zatem, że niektóre zadania stawiane przed promocją zdrowia mogą być realizowane poprzez socjoterapię. Socjoterapia ma bowiem na celu utworzenie takiej grupy społecznej, w której dzieci i młodzież będą mogły rozwijać swoje zasoby i kształtować umiejętności interpersonalne. Czy to wystarczy, aby socjoterapię uznać za formę promocji zdrowia? Oczywiście nie, gdyż promowanie zdrowia byłoby pewnym pośrednim efektem udziału w socjoterapii, a nie głównym jej celem. Ponadto grupa docelowa, do której kierowane są zajęcia socjoterapeutyczne, nie jest tożsama z grupą docelową promocji zdrowia. Działania promujące zdrowie kierujemy bowiem do całego społeczeństwa, natomiast socjoterapię do dzieci i młodzieży z grup ryzyka oraz przejawiających zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym. Można więc powiedzieć, że poprzez socjoterapię pośrednio promuje się zdrowie, lecz nie jest to specyfiką samej socjoterapii. Rozważania te prowadzą nas jednak do refleksji nad związkiem socjoterapii i prewencji.

Kolejną wymienianą przez H. Sęka i J.C. Czabałę (2000) formą pomocy psychologicznej jest prewencja psychopatologii. Jest to zespół działań,

w których wykorzystuje się metody i środki psychologiczne w celu obniżenia prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń w funkcjonowaniu somatycznym, psychologicznym i społecznym. Cel ten osiąga się przez przeciwdziałanie czynnikom ryzyka i wzmacnianie zasobów. Caplan (za: Czabała, Sęk, 2000, s. 613) zaproponował podział prewencji na: prewencję pierwotną, wtórną i trzeciego stopnia. Prewencja pierwotna to działanie zmierzające do zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń (zmniejszenia wskaźnika zachorowalności) poprzez przeciwdziałanie czynnikom ryzyka, zanim spowodują wystąpienie zaburzeń. Prewencja wtórna zachodzi wtedy, gdy po wykryciu wczesnych sygnałów zaburzeń dąży się do powstrzymania rozwoju patologii – ten rodzaj prewencji może wykorzystywać metody typowe dla terapii. Prewencja trzeciego stopnia ma natomiast na celu zapobieganie skutkom przebytej choroby i hospitalizacji oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby. W psychiatrii ten typ prewencji zaliczamy również do rehabilitacji i opieki środowiskowej. Współcześnie do prewencji właściwej zalicza się tylko prewencję pierwotną i akcentuje się przy niej strategię promocyjne. Psychologiczna prewencja psychopatologii powinna dotyczyć osób, które mają subiektywne poczucie zdrowia, ale należą do grup ryzyka (Czabała, Sęk, 2000, s. 614).

W wypadku działań socjoterapeutycznych grupą docelową są dzieci i młodzież z grup ryzyka – a więc grup zagrożonych powstaniem zaburzeń, np. dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, dzieci doświadczające przemocy czy przewlekle chore. Również konkretne działania podejmowane podczas socjoterapii są w dużej mierze działaniami prewencyjnymi. Bardzo wiele programów socjoterapeutycznych ma na celu profilaktykę – na przykład problemów uzależnień dzieci i młodzieży (Schlack, 2003; Sawicka, 1999). Podsumowując, to co byłoby specyfiką socjoterapii, to realizowanie celów promocji zdrowia i prewencji, ale pośrednio i – co ważne – w specyficznej formie, czyli poprzez zajęcia grupowe, a w ślad za tym umiejętność wykorzystywania procesu grupowego do inicjowania i ukierunkowywania zmian u poszczególnych członków grupy. Kwestie koncentrowania się na pracy grupowej są natomiast cechami niespecyficznymi w wypadku działań prewencyjnych.

Kolejną formą pomocy psychologicznej, która zostanie poddana analizie w aspekcie cech wspólnych z socjoterapią, jest psychoterapia grupowa. W pierwszej kolejności przedstawiono definicję psychoterapii, a następnie psychoterapii grupowej (Czabała, Sęk, 2000; Czabała, 2009; Cierpiałkowska, Czabała, 2005). Psychoterapia to specjalistyczna metoda leczenia polegająca na intencjonalnym stosowaniu zaprogramowanych oddziaływań psychologicznych, wykorzystująca wiedzę teoretyczną i umiejętności psychoterapeuty (najczęściej psychologa klinicznego lub psychiatry) w procesie niesienia

pomocy – głównie osobom z zaburzeniami neurotycznymi, osobowości i zaburzeniami psychosomatycznymi. Związek emocjonalny, jaki powstaje między psychoterapeutą a pacjentem, jest często w sposób zamierzony wykorzystywany jako podstawowy środek leczenia (por. też Gelso, Hayes, 2004). Celem psychoterapii jest zazwyczaj rozwój osobowości, zdrowie psychiczne i usuwanie objawów chorobowych pacjenta i koncentruje się ona na zmianie wzorców zachowania lub struktur oraz procesów intrapsychicznych (Cierpiałkowska, Czabała, 2005). Psychoterapia może odbywać się indywidualnie, może mieć formę terapii par, rodzin lub być psychoterapią grupową. Podstawę psychoterapii grupowej stanowią specyficzne procesy grupowe, między innymi normy kreowane przez grupę, a siły działające w małych grupach społecznych wykorzystywane są w celu prowokowania pożądanych zmian u uczestników. Zmiany te mogą zachodzić zarówno dzięki aktywności grupy, jak i na skutek zamierzonych oddziaływań terapeutów (Tryjarska, 2006, s. 17).

Czym socjoterapia różni się od psychoterapii grupowej? Oto kilka podstawowych różnic, zarówno tych oczywistych, jak i tych, które wydają się bardziej kontrowersyjne w świetle wiedzy praktycznej lub naukowej. Podstawowa różnica dotyczy tego, że psychoterapia jest metodą leczenia i jako taka ma swoje wskazania, coraz wyraźniej definiowane wskutek badań nad jej efektywnością (Cierpiałkowska, Czabała, 2005, s. 271). Przy socjoterapii, nawet jeśli wymienia się cele terapeutyczne obok rozwojowych i edukacyjnych (Sobolewska, 1993, za: Jagieła, 2009, s. 25–26), to określane są one nie jako zmiana struktur bądź procesów intrapsychicznych, ale jako dostarczenie wzorców zachowań pożądanych (modelowanie), wypróbowywanie i ćwiczenie tych zachowań oraz odreagowanie emocjonalne. W tym sensie psychoterapia grupowa prowadzona w paradygmacie poznawczo-behawioralnym (zmienianie zachowań, nawyków) może wykazywać duże podobieństwo w celach pracy do oddziaływań socjoterapeutycznych. Te ostatnie jednak ukierunkowane są na inną grupę docelową. Do psychoterapii grupowej kwalifikują się osoby (także dzieci i młodzież) przejawiające określone symptomy chorobowe, składające się na dany syndrom lub jednostkę chorobową, a ich udział w grupie psychoterapeutycznej jest ukierunkowany na leczenie tych zaburzeń. Natomiast z socjoterapii mogą korzystać dzieci i młodzież przejawiająca zaburzenia w zachowaniu, lecz także takie, które takich zaburzeń nie przejawiają, ale należą do grup ryzyka ich wystąpienia w funkcjonowaniu psychologicznym i społecznym.

W powiązaniu z grupą docelową pojawia się też różnica dotycząca osoby prowadzącej grupę terapeutyczną i socjoterapeutyczną. Od socjoterapeuty wymagane są inne umiejętności i inne wykształcenie niż od psychoterapeuty. Psychoterapeuci to w większości psychologowie kliniczni oraz psychiatrzy

przeszkoleni w konkretnym paradygmacie psychoterapeutycznym, zgodnie z którym pracują (por. Cierpiałkowska, Czabała, 2005). Socjoterapeutami są zarówno psycholodzy, jak i pedagodzy, a także pracownicy socjalni posiadający umiejętności pracy z grupą. Trudno więc oczekiwać – i słusznie – że socjoterapia będzie ukierunkowana na leczenie zaburzeń lub/i pracę wglądową. Należy także podkreślić w tym kontekście, że głębokość eksploracji problemów indywidualnych członków grup socjoterapeutycznych będzie dużo mniejsza niż uczestników psychoterapii grupowej.

Whiteley (1986) wskazuje na kolejną różnicę. Psychoterapia jest po stronie psychoterapeuty głównie procesem odbioru, procesem słuchania, a rozumienie pochodzi z reakcji na interpretację lub sugestie terapeuty. Z kolei socjoterapia jest procesem bardziej aktywnym, w którym zmiana w zachowaniu jest pochodną doświadczenia nowych i bardziej satysfakcjonujących sposobów radzenia sobie w relacjach interpersonalnych. Zaproponowane przez Whiteleya rozróżnienie wpisuje się w taki sposób myślenia o socjoterapii, w którym podkreśla się aktywne uczestnictwo i zmiany na poziomie behawioralnym.

Dokonajmy teraz podsumowania powyższych rozważań, dotyczących różnic i podobieństw między socjoterapią a różnymi formami pomocy: promocją zdrowia, prewencją, psychoterapią. Przyjrzyjmy się wybranym kryteriom porządkującym te zagadnienia.

Pierwszym zastosowanym kryterium są cele wybranych form pomocy. Ujmując problem celów bardzo ogólnie, można stwierdzić, że celem głównym promocji zdrowia jest potęgowanie zdrowia, prewencji – obniżenie prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń, a psychoterapii – usuwanie zaburzeń (leczenie) i zmiana. Cele socjoterapii wydają się być zbieżne z celami zarówno promocji, prewencji, jak i psychoterapii. Socjoterapia ma bowiem potęgować zdrowie poprzez odkrywanie zasobów jednostek, zapobiegać zaburzeniom przeciwdziałając czynnikom ryzyka oraz korygować zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym.

Kolejnym, powiązaniem z powyższym kryterium, jest poziom zaburzeń u adresata wybranej formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej – od braku zaburzenia, poprzez istnienie ryzyka wystąpienia zaburzeń, po występowanie zaburzeń w funkcjonowaniu biopsychospołecznym:

- brak zaburzeń – promocja zdrowia
- istnienie ryzyka wystąpienia zaburzeń – prewencja
- występowanie zaburzeń – psychoterapia.

Proponujemy ująć socjoterapię jako metodę pracy z dziećmi i młodzieżą, którzy narażeni są na wystąpienie zaburzeń w funkcjonowaniu psychologicznym i społecznym lub u których te zaburzenia już występują. Socjoterapia podzielałaby więc grupę docelową z prewencją i psychoterapią, jedno-

częśnie przyczyniając się do promocji zdrowia i prewencji w sposób niespecyficzny.

Kolejne istotne kryterium określające socjoterapię to wykorzystywanie pracy w małej grupie społecznej i korzystanie z procesu grupowego („grupowość”). Jednak obok psychoterapii grupowej, w kontekście której przedstawiono socjoterapię w poprzednich paragrafach, w ramach pomocy psychologicznej spotkać można jeszcze inne formy pracy grupowej, takiej jak na przykład treningi. Zasadne jest więc poddanie analizie grupowych form pomocy w kontekście stopnia występowania zaburzeń u jednostki.

Gdy u jednostek nie występują zaburzenia w funkcjonowaniu, a jedynie chęć poprawy pewnych umiejętności społecznych, właściwą grupową formą pomocy będzie trening interpersonalny, nastawiony na kształtowanie i potęgowanie określonych kompetencji międzyludzkich (lub inne, bardziej szczegółowe formy trenowania umiejętności społecznych, takie jak treningi komunikacji czy asertywności). Zdaniem Jedlińskiego (2008) trening interpersonalny jest przedsięwzięciem edukacyjnym, a więc adresowanym do ludzi zdrowych, podczas którego kładzie się nacisk na interakcje z innymi ludźmi, doświadczane „tu i teraz”, na eksperymentowanie z nowymi zachowaniami, wyrażanie uczuć. Z socjoterapii mogą skorzystać natomiast dzieci i młodzież, u których występuje subiektywne poczucie zdrowia, lecz należą do grup ryzyka. Osoby, u których zdiagnozowano zaburzenia w funkcjonowaniu biopsychospołecznym, kierowane będą na psychoterapię grupową, do grup wsparcia lub do socjoterapii, w zależności od postawionej diagnozy oraz deklarowanych potrzeb.

## Zakończenie

Celem niniejszego rozdziału było dokonanie syntezy teoretycznych rozważań na temat socjoterapii oraz zaproponowanie autorskiej definicji tej formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Jako najbardziej istotne uznano definiowanie socjoterapii jako grupowej formy pomocy psychopedagogicznej, ukierunkowanej na dzieci i młodzież z grup ryzyka lub/i przejawiające zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym. Za ważne uznano także intencjonalne uruchamianie przez socjoterapeutę czynników pomocowych oraz wykorzystywanie procesów zachodzących w małej grupie społecznej.

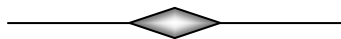
Omówione zostały także obszary praktyczne stosowania socjoterapii. Kolejnym aspektem było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o miejsce socjoterapii wśród innych form pomocy oraz o jej specyfikę.

## LITERATURA

- BRZEZIŃSKA, A.I., APPELT, K., ZIÓŁKOWSKA, B. (2008). *Psychologia rozwoju człowieka*. W: J. Strelau, D. Doliński (red.). *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Gdańsk: GWP.
- BRZEZIŃSKA, A. (2005). *Badania ewaluacyjne w psychologii klinicznej*. W: H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna*. Tom 1. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- CIERPIAŁKOWSKA, L. (2000). *Alkoholizm. Przyczyny, leczenie, profilaktyka*. Poznań: Wydawnictwo PWN.
- CIERPIAŁKOWSKA, L., CZABAŁA, C. (2005). *Psychoterapia indywidualna i grupowa*. W: H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- CZABAŁA, J.C., SĘK, H. (2000). *Pomoc psychologiczna*. W: J. Strelau (red.). *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Tom 3. Gdańsk: GWP.
- DRAGAN, M., OLEKSY, B. (2005). *Socjoterapia a zmiana poziomu lęku i stylów funkcjonowania w grupie*. W: M. Deptuła (red.). *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- FRĄSZCZAK, B. (2005). *Losy wychowanków Świątlicy Terapeutycznej w Nakle nad Notecią działającej w latach 1994–2001*. W: M. Deptuła (red.). *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- GACEK, M. (2011). *Pomoc psychologiczna dziecku i jego rodzinie. Diagnoza*. W: W. Pilecka (red.). *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- GELSO, CH.J., HAYES, J.A. (2004). *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- GREENE, L.R. (1999). *A Sociotherapeutic Guide: Wherefore Art Thou? "Group Dynamics: Theory, Research, and Practice"*, 3, 1, pp. 61–63.
- JAMES, R.K., GILLILAND, B.E. (2005). *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię*. Warszawa: PARPA, Wydawnictwo Edukacyjne.
- JAGIEŁA, J. (2009). *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*. Kraków: Rubikon Wydawnictwo.
- JEDLIŃSKI, K. i inni (2008). *Trening interpersonalny*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- JOHN-BORYS, M. (2005). *Socjoterapia – jak zachodzi zmiana zachowania?* W: M. Deptuła (red.). *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- KAZDIN, A.E. (2006). *Trening rozwiązywania problemów i warsztaty umiejętności rodzicielskich w zaburzeniach zachowania*. W: A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.). *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- KAZDIN, A.E., WEISZ, J.R. (2006). *Wprowadzenie. Kontekst i źródła opartych na dowodach metod psychoterapii dzieci i młodzieży*. W: A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.). *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- KENDALL, P.C. (2004). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Mechanizmy zaburzeń i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: GWP.
- KENDALL, P.C. (red.) (2010). *Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo-behawioralne*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- KOŚCIELSKA, M. (2000). *Psychologia kliniczna dziecka*. W: J. Strelau (red.). *Psychologia*. Tom 3. Gdańsk: GWP.
- KRATOCHVIL, S. (2003). *Podstawy psychoterapii*. Poznań: Zys i S-ka Wydawnictwo.
- LIPGAR, R.M. (1999). *Guide to Patient-Staff Large Group Meetings: A Sociotherapeutic Approach*. "Group Dynamics: Theory, Research, and Practice", 3, 1, pp. 51–60.

- MILERSKI, B., ŚLIWERSKI, B. (red.) (2000). *Leksykon PWN: Pedagogika*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- NAWROT, M., KOPIJ, E., SUSKA, E., WORONIUK, A., KUCZYŃSKA, A. (2005). *Klasyfikacja rodzajów, metod, technik i form terapii zajęciowej*. Referat opracowany przez nauczycieli Zespołu Przedmiotowo-Methodycznego Terapii Zajęciowej w Medycznym Studium Zawodowym w Sztumie i wygłoszony na seminarium metodycznym w Szkole Policealnej Pracowników Służb Społecznych w Gdańsku-Brzeźnie w dniu 6 kwietnia 2005 r. [online] [www.medyk-sztum.pnet.pl](http://www.medyk-sztum.pnet.pl) [dostęp: 23.06.2012].
- REBER, A.S., REBER, E.S. (2000). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- ROGERS, C. (2002). *O stawianiu się osobą*. Poznań: Rebis.
- ROSIŃSKI, D. (2001). *Zaburzenia socjalizacji w szkole a udział nauczyciela w procesie ich rozpoznawania i przeciwdziałania*. W: J. Miluska (red.). *Psychologia w rozwiązywaniu problemów szkoły*. Poznań: Bonami.
- SAKOWICZ, T. (2005). *Dysfunkcjonalność rodziny jako przeszkoda prawidłowej socjalizacji i resocjalizacji młodzieży – możliwości optymalnych oddziaływań*. W: T. Sołtysiak (red.). *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przezwyciężania*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- SAWICKA, K. (1999). *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*. W: K. Sawicka (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- SCHLACK, T. (2003). *Socjoterapia. O możliwościach pracy z „klasą” w klasie*. „Profilaktyk”, 1, s. 11-17.
- SĘK, H., BRZEZIŃSKA, A. (2008). *Podstawy pomocy psychologicznej*. W: J. Strelau, D. Doliński (red.). *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Tom 2. Gdańsk: GWP.
- SĘK, H., HESZEN-NIEJODEK, I. (red.) (1997). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- SIKORA, K. (2011). *Pomoc psychologiczna dziecku i jego rodzinie. Wybrane formy pomocy psychologicznej*. W: W. Pilecka (red.). *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- SOŁTYSIAK, T. (2005). *Socjalizacja a zaburzenia w zachowaniach młodzieży*. W: T. Sołtysiak (red.). *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przezwyciężania*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- STEMPLEWSKA-ŻAKOWICZ, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: GWP.
- STRZEMIECZNY, J. (1988). *Zeszyty Socjoterapeutyczne*. Warszawa: PTP.
- SZEWCUK, W. (1979). *Słownik psychologiczny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- VOPEL, K.W. (1999). *Poradnik dla prowadzących grupy*. Kraków: Wydawnictwo Jedność.
- PUŻYŃSKI, S. (1993). *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: PZWL.
- TRYJAŃSKA, B. (2006). *Wprowadzenie. Specyfika psychoterapii grupowej*. W: L. Grzesiuk (red.). *Psychoterapia. Praktyka*. Warszawa: ENETEIA.
- WHITELEY, S. (1986). *Sociotherapy and psychotherapy in the treatment of personality disorder: discussion paper*. „Journal of the Royal Society of Medicine”, 79, pp. 721-726.
- The Society for the Furtherance of Sociotherapy. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/sociotherapy> [dostęp: 23.03.2013].
- <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/sociotherapy> [dostęp: 23.03.2013].
- <http://www.pantarhei.org> [dostęp: 23.03.2013].
- <http://sociotherapyassociation.com/> [dostęp: 23.03.2013].
- <http://www.socioterapia.info> [dostęp: 23.03.2013].





## Socjoterapia a zdrowie

### Wprowadzenie

Socjoterapia to pojęcie, któremu nadaje się różne znaczenia w zależności od dyscypliny naukowej i podejścia teoretycznego, które stanowi podstawę rozważań nad jej istotą. Wśród prezentowanych w literaturze przedmiotu definicji można znaleźć ujmowanie socjoterapii jako:

- metody leczenia;
- metody korygowania zaburzeń zachowania i niektórych zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży, która wykorzystuje oddziaływania społeczne i środowiskowe;
- procesu korekcyjnego o charakterze leczniczym, który polega na celowym stwarzaniu dzieciom i młodzieży warunków (doświadczeń społecznych) umożliwiających pojawienie się procesu socjoterapeutycznego, obejmującego zmianę sądów o rzeczywistości, sposobów zachowań i odreagowanie emocjonalne;
- formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej, która wykorzystuje w teorii i w praktyce wybrane elementy psychoterapii, treningu interpersonalnego i psychoedukacji (Strzemieczny, 1993; Sobolewska, 1993; Sawicka, 1998; Jagieła, 2007).

Uwzględniając różne definicje i podejścia, w niniejszym opracowaniu przyjmuje się, że socjoterapia jest formą pomocy psychologiczno-pedagogicznej, której celem jest wspieranie jednostek i grup w osiągnięciu zdrowia. A zatem to zdrowie (jednostki, grupy, środowiska) stanowi podstawę do określenia celów, kryterium planowania treści, podejmowanych działań i oczekiwanych efektów procesu socjoterapeutycznego. Kwestię ich jednoznacznego określenia komplikuje jednak fakt istnienia wielu koncepcji zdrowia, które różnicują zarówno jego definiowanie, jak i postrzeganie możliwości i sposobów jego osiągnięcia.

W najbardziej ogólnym podziale można wskazać dwa główne kierunki myślenia i działania zdrowotnego: skoncentrowane na eliminowaniu czynników ryzyka, przeciwdziałaniu rozwojowi zaburzeń i dysfunkcji oraz ich leczeniu, właściwe dla orientacji patogenetycznej oraz ukierunkowane na wzmacnianie czynników chroniących, rozwijanie potencjałów zdrowotnych ludzi, budowanie zasobów, „mocnych stron”, reprezentatywne dla orientacji salutogenetycznej i nurtu psychologii pozytywnej. Z pierwszą z nich związane są takie formy działania, jak: profilaktyka, terapia, leczenie, rehabilitacja. Druga sugeruje profilaktykę pozytywną, edukację zdrowotną i promocję zdrowia. Gdyby przyjąć ten klasyczny podział, to pojęcie i działania socjoterapeutyczne mieściłyby się tylko w ramach pierwszej orientacji, a to ograniczyłoby zakres jej celów do *stricte* korekcyjnych, mających na celu eliminowanie (łagodzenie) zaburzeń i ich przejawów, które są szkodliwe (przynoszą straty) dla dziecka i otoczenia społecznego. Takie podejście wydaje się nazbyt redukcjonistyczne, zwłaszcza że socjoterapia obejmuje swoimi zabiegami dzieci i młodzież, które potrzebują wspierania rozwoju kształtującej się osobowości i pomocy w nabywaniu kompetencji, których nie mogli przyswoić w dotychczasowym środowisku życia. Tym samym zakres socjoterapii rozszerza się o cele edukacyjne (kreatywne), których realizacja ma się przyczynić do rozwoju właściwości jednostki i środowiska, sprzyjających osiągnięciu optimum zdrowia i satysfakcjonującej jakości życia w określonej sytuacji życiowej.

Ten ostatni aspekt działań socjoterapeutycznych wiąże się z orientacją salutogenetyczną, która skupia się na odkrywaniu, budowaniu, wzmacnianiu zasobów, które są pomocne człowiekowi w radzeniu sobie z życiowymi wyzwaniami. Istotą socjoterapii jest tu zatem inicjowanie i wspomaganie procesu zmian postaw w zakresie wiedzy, reakcji emocjonalnych i zachowań jednostki, które umożliwią jej pozytywną adaptację do rzeczywistości. A więc, rozszerzając sformułowaną wyżej definicję, w niniejszym opracowaniu proponuje się ujmowanie socjoterapii jako formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej, której celem jest wspieranie jednostek i grup w osiągnięciu zdrowia poprzez działania ukierunkowane nie tylko na eliminowanie (korygowanie) nieadaptacyjnych wymiarów funkcjonowania (realizację celów korekcyjnych), ale także kształtowanie cech i umiejętności wzmacniających potencjał zdrowotny (zasoby) w wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym (realizacja celów edukacyjnych, kreatywnych).

## 1. Socjoterapia w kontekście patogenetycznym

Tradycyjnie pojęcie terapia jest kojarzone z patogenetyczną (psychopatologiczną) orientacją, która jest związana z biomedycznym paradygmatem zdrowia. W tym ujęciu to nie zdrowie i możliwości jego osiągnięcia, lecz cho-

roba (zaburzenia) i sposoby leczenia (terapia) stoją w centrum zainteresowania. Stosuje się tu dychotomiczny podział ludzi na zdrowych i chorych, definiując zdrowie poprzez wykluczenie stanu chorobowego (brak objawów choroby, dolegliwości i cierpienia) – „zdrowy jest ten, kto nie jest chory”. O stanie zdrowia (a raczej o stopniu rozwoju zaburzenia, choroby) orzeka specjalista-ekspert, na podstawie określonych, możliwie zobiektywizowanych wskaźników i swoich obserwacji poziomu odstępstwa od przyjętej normy. Samopoczucie i subiektywne opinie jednostki na temat swego funkcjonowania nie są uznawane za istotny wskaźnik stanu zdrowia (stopnia zaburzenia). Jest on uwarunkowany oddziaływaniem określonych czynników ryzyka (endo- i egzogennych), które w tym ujęciu uznaje się za pozostające w większości poza kontrolą podmiotu. Charakterystyczny dla tego modelu jest pogląd, że jednostka ma małe możliwości wywierania wpływu na swoje zdrowie i podjęcia skutecznych działań prozdrowotnych (ochronnych, diagnostycznych, terapeutycznych). Jej aktywność powinna się raczej ograniczać do wykonywania poleceń specjalistów i spełniania wymagań wynikających z określonej przez profesjonalistów procedury postępowania terapeutycznego (Antonovsky, 1995, 1997; Dolińska-Zygmunt, 2001; Sęk, 2001, 2006; Heszen, Sęk, 2007).

Patogenetyczny redukcjonizm – koncentracja na chorobie, zaburzeniu, mechanizmach chorobotwórczych, zagrożeniach oraz paternalizm – przedmiotowe podejście do człowieka występującego w roli pacjenta-laika, zobowiązanego do wykonywania poleceń specjalisty, może doprowadzić w praktyce do „ubezwłasnowolnienia” człowieka i zwolnienia go z odpowiedzialności za swoje życie i zdrowie.

Jak na tym tle przedstawia się socjoterapia? Można uznać, że jest to specyficzna, profesjonalna metoda leczenia, stosowana wobec osób, u których specjalista stwierdza odstępstwo od normy (występowanie określonego zaburzenia, choroby) i podejmuje działania „naprawcze” (lecnicze, terapeutyczne, korekcyjne) w celu usunięcia tego zaburzenia (lub jego objawów). Istota socjoterapii polegałaby zatem na realizacji celów korekcyjnych (terapeutycznych), które obejmują eliminowanie, minimalizowanie, usuwanie zaburzeń, pojawiających się na skutek działania różnych czynników ryzyka, to jest elementów (cechy, sytuacje, warunki, zachowania) zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań problemowych i związanych z nimi szkód. Zalicza się do nich: sytuacje ryzyka (krytyczne wydarzenia życiowe, np.: śmierć rodzica, choroba, wykorzystanie seksualne, odrzucenie przez rodziców, bycie ofiarą lub świadkiem przemocy), środowiskowe czynniki ryzyka (ubóstwo, konflikty w rodzinie, brak wsparcia społecznego), behawioralne czynniki ryzyka (zachowania antyzdrowotne, np.: używanie substancji psychoaktywnych), przynależność do grup ryzyka, których

normy, sposób życia i zachowania szkodzą ich członkom i innym ludziom. Wiele czynników ryzyka wynika także z właściwości podmiotu, deficytów o podłożu biologicznym, cech osobowości, przebiegu procesów rozwojowych i sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, kryzysami (stresem) (Sęk, 2007, s. 280).

W związku z tymi zagrożeniami formułuje się cele terapeutyczne, które mówiąc najogólniej obejmują korektę postaw wobec siebie – „JA”, wobec siebie w relacji z innymi ludźmi – „JA i INNI” oraz wobec siebie w relacji ze środowiskiem – „JA i OTOCZENIE”, a bardziej szczegółowo, korektę komponentów tych postaw, a więc sądów poznawczych, przeżywanych emocji i zachowań wobec przedmiotu postawy.

Skupienie uwagi na celach korekcyjnych w socjoterapii może oznaczać przyznanie priorytetu patologicznym wymiarom funkcjonowania człowieka i sprawić, że osoby potrzebujące pomocy są spostrzegane przez pryzmat swoich (rzeczywistych lub domniemanych) zaburzeń. W centrum uwagi jest tu zatem osoba zdefiniowana jako „chora”, „zaburzona”, „słaba”, „sprawca problemów”, „trudny przypadek”, „obiekt zabiegów korekcyjnych”, „klient poddany terapii”. Jakkolwiek są to określenia powszechnie stosowane i opisujące faktycznie występujące zjawiska, stany rzeczy czy status osoby, to jednak mogą one stanowić dla niektórych osób, zwłaszcza dzieci i młodzieży, rodzaj „stygmatu”, „etykiety” oznaczającej kogoś, kto nie jest „wystarczająco dobry” albo, co gorsza, jest „nienormalny”. Takie negatywne skojarzenia mogą stanowić przyczynę niechęci (obawy) młodych ludzi (dotyczy to także starszych klientów psychoterapii) do uczestniczenia w zajęciach socjoterapeutycznych. Przekonanie (poczucie) o „byciu innym” (czytaj „gorszym”) może upośledzać osiągnięcie pożądanego (pozytywnego) efektu socjoterapii ze względu na zdefiniowanie siebie jako „osoby zaburzonej nieuleczalnie”. Ten brak wiary w siebie, w możliwość zmiany i obawa przed porażką mogą prowadzić do stosowania w trakcie zajęć socjoterapeutycznych tak zwanych „strategii przetrwania” – różnych gier i manipulacji, będących formą „oporu”. Główną funkcją takich zachowań jest przetrwanie w sytuacji postrzeganej jako „beznadziejny przymus”, z możliwie najmniejszym zaangażowaniem i przykrością oraz radzenie sobie ze strachem (lękiem), którego nie chce się ujawniać, poprzez „ucieczkę w pozory”. Strategie te zostały opisane w literaturze poświęconej zjawisku „ukrytego programu szkoły”, lecz wydaje się, że przyczyny, mechanizmy i efekty ich stosowania można przenieść także na grunt socjoterapii w sytuacji, gdy uczestnicy odczuwają dyskomfort związany z koniecznością (przymusem) uczestniczenia w zajęciach, które – w ich poczuciu – negatywnie ich naznaczają w środowisku społecznym. Można tu wskazać, między innymi, takie strategie obronne, jak:

- „strategia dobrego wojaka Szwejka” - unikanie angażowania się poprzez udawanie niezrozumienia sytuacji i demonstrowanie niskiego poziomu inteligencji: „jestem głupi”, „nigdy nic nie zrozumieję, więc lepiej dać mi spokój”;
- „poszukiwanie specjalnych względów” - zachowania „uwodzące”, fałszywe komplementy mające na celu uzyskanie przychylnego ustosunkowania się członków grupy i prowadzącego, mimo braku (lub pozornego) zaangażowania w pracę grupy, „sprawianie dobrego wrażenia”;
- „staraj się nie podpaść” - pozorne spełnianie oczekiwań, ukrywanie słów, gestów, zachowań, które mogłyby wywrzeć złe wrażenie, „udawanie kogoś innego”;
- „wycofanie” - pozorne podporządkowanie się regułom i zasadom bez ich zrozumienia i rzeczywistej akceptacji, obojętność wobec celów i działań, zachowania schematyczne, rutynowe, bierne, bezrefleksyjne wykonywanie wymagań, „rozłączanie uczuć od działań”;
- „konformizm” - w wariantach: „przymilność” (wkradanie się w łaski), „podporządkowanie się instrumentalne” - akceptowanie tylko tego, co przynosi korzyści ze względu na jakieś ważne dla jednostki cele, „rytualizm” - akceptacja środków i metod, obojętność wobec celów, „oportunizm” - podporządkowanie się mimo obojętności wobec celów, środków, reguł;
- „ucieczka przez upadek” - specjalne prowokowanie porażki, aby skrócić czas przeżywania strachu, martwienia się i niepewności będących wynikiem przeświadczenia, że prędzej czy później „coś pójdzie nie tak”, popełnią błąd, który ich zdyskredytuje;
- „niewolnik w koloniach” - uczestnik rozpracowuje system, aby maksymalizować korzyści poprzez „pójście na skróty”, obojętność wobec celów, ambiwalencja wobec środków;
- „nieustępliwa wrogość” - odrzucenie norm, rytuałów i przepisów, okazywane poprzez przerywanie, agresywne zachowania, wagary, niszczenie mienia, zimne, obojętne traktowanie ludzi;
- „rebelia” - forsowanie innych, niż założone, proponowane, a nawet uzgodnione, celów i środków, do których bezkompromisowo się dąży wbrew obowiązującym regułom (Janowski, 1995).

Utrudnieniem dla realizacji celów terapeutycznych może być także związane z modelem biomedycznym wyraźne rozdzielanie (opozycja) ról terapeuty - eksperta/profesjonalisty i uczestnika zajęć - pacjenta/klienta/dziecka. Z założenia pojawia się tu autorytarno-dyrektywny styl interakcji (przedmiotowy), który przejawia się podporządkowaniem jednej osoby, która jest „odbiorcą pomocy” (niekoniecznie z własnej woli i potrzeby), drugiej osobie, która „pomocy” udziela (decydującej, dominującej). Jego mocną

stroną jest „zabezpieczenie” szczególnie młodszych dzieci, które są bardziej spokojne, gdy kieruje nimi „ktoś starszy” – osoba uznawana za mądrą, kompetentną, bardziej doświadczoną, wiarygodną, o wysokim statusie społecznym. Słabą stroną tej interakcji jest obawa uczestników przed podejmowaniem własnych działań, wyrażaniem własnych poglądów, małe możliwości identyfikacji WŁASNYCH potrzeb, małe szanse na inwencję i twórczość i co szczególnie ważne, nie sprzyja ona kształtowaniu odpowiedzialności za SWOJE decyzje i działania. W skrajnych przypadkach może zdarzyć się bunt i całkowite odrzucenie propozycji terapeuty (rebelia), ale częściej pojawiają się różne odmiany obronnych stylów adaptacji do nieakceptowanej sytuacji (Turner, za: Janowski, 1995). Należą tu:

- „uleganie” – podporządkowanie, często o charakterze rutynowym lub po uprzednim rozpoznaniu, jakie zachowania są oczekiwane;
- „uleganie z dystansem” – zwlekanie z wykonaniem i okazywanie miną, gestem, że jest to uleganie przemocy, a nie działanie z przekonania; traktowanie polecenia tak, by jego wykonanie ośmieszyło zadanie, które zlecono lub osobę zlecającą;
- „zamaskowane nieposłuszeństwo” – pozorne uleganie, udawanie, że się pracuje;
- „sabotaż” – próby odwrócenia uwagi poprzez zadawanie „głupich”, prowokujących pytań, dawanie śmiesznych, nieadekwatnych do pytania odpowiedzi, zbyt dosłowne traktowanie poleceń, tak zwany „strajk włoski”;
- „wycofywanie się” – zaprzestanie pracy, fantazjowanie, spanie, mazanie po papierze, ucieczki z zajęć, wagary;
- „odmowa” – niewykonanie polecenia, odwlekanie, przeczekiwanie, liczenie na to, że zalecenie zostanie zapomniane.

Strategie te mają na celu ochronę pozytywnego obrazu samego siebie, radzenie sobie ze strachem i niepewnością w nowej sytuacji, w której występuje się w roli „trudnego przypadku”. Jedną z najbardziej dramatycznych prób poradzenia sobie z obawą przed niepowodzeniem jest podejmowanie przez dzieci zachowań, które mają doprowadzić do porażki, wykazać słabość, niekompetencję, „niemożność sprostania oczekiwaniom” i spowodować do zdefiniowania ich jako „beznadziejnego przypadku”. Ta heroiczna i tragiczna w swej istocie próba ochrony swojego (zazwyczaj bardzo nikłego) poczucia własnej wartości polega na stworzeniu sobie szansy dokonania wyboru tego, w jaki sposób będzie się spostrzeganym, nawet jeśli będzie to zdefiniowanie negatywne. Działanie tego mechanizmu obronnego zasadza się na poszukiwaniu odrobiny poczucia sprawstwa i wpływu na sytuację – „jeśli już mają mnie uznać za głupiego, trudnego, nienormalnego, to niech tak będzie, ale dlatego, że ja tak zdecydowałem, to była moja decyzja”. Jest

to także sposób na bierne trwanie, bez konieczności sprostania nowym wyzwaniom i środek do unikania strachu przed niepowodzeniem: „jeśli ludzie wiedzą, że nic nie możesz zrobić, to nie będą się niczego po tobie spodziewali i nie będą cię potępiali ani karali za to, że nie umiesz zrobić tego, co każą”. Niestety, jak każda manipulacja, zarówno ta, jak i inne strategie mają charakter autodestrukcyjny i ograniczają szanse na pozytywną zmianę. Świadomość tego powinna być ostrzeżeniem przed jakąkolwiek próbą uprzedmiotawiania jednostki w procesie nauczania, wychowania, opieki, terapii i pozbawiania jej możliwości podejmowania decyzji i aktywnego współuczestniczenia w procesie zmiany.

Przy omawianiu problemów związanych z realizacją celów terapeutycznych w ramach relacji uprzedmiotawiającej warto zasygnalizować także groźbę stosowania gier psychologicznych o charakterze manipulacyjnym, które mają na celu skłonienie jednego z uczestników interakcji do podjęcia określonych zachowań w sposób nieuczciwy, kamuflujący rzeczywiste motyw i działania. Wśród gier stosowanych w komunikacji na gruncie edukacyjnym i terapeutycznym można wyróżnić następujące ich rodzaje:

- gry zakłócające spokój i rytm zajęć (np. „Awantura”, „Drażliwy”, „Głupi”, „Zamieszanie”, „Imieniny”, „Błazen”, „Nieszczęście”, „Zmusz mnie”, „Ulubiony temat”, „Faworyt”,
- gry typu przestępczego (np. „Policjanci i złodzieje”, „Znajdźmy”, „Chcę być wyrzucony”),
- gry upokarzające, polegające na demonstrowaniu przewagi psychologicznej (np. „Prawda kochanie”, „Bardzo mi przykro, że ci to mówię, ale...”, „Biedaku...”, „Tak, ale...”, „My się uczyliśmy”),
- gry kusicielskie (np. „Przymilny”, „Potakiwacz”, „Wyniosły i dumny”, „Zrób coś dla mnie”, „Pończocha”, „Gwałt”) (Berne, 2007; Ernst, 1991).

W paternalistycznym modelu relacji „dwuprzedmiotowej” zagrożony jest także terapeuta, przyjmujący (lub obciążony) nadmierną odpowiedzialnością za efekty terapii. Permanentne zaangażowanie w pracę, posiadanie nierealistycznych oczekiwań co do skuteczności swoich działań zawodowych, niedostatek wsparcia społecznego prowadzi bowiem do wypalenia zawodowego. Do jego przejawów zalicza się wyczerpanie emocjonalne, obniżenie potrzeby osobistych sukcesów oraz depersonalizację (Sęk, 2000). Tym samym dehumanizacja zatacza coraz szersze kręgi, a jej ofiarami stają się coraz więcej osób funkcjonujących w systemie prowokującym do powstawania kolejnych zaburzeń, zamiast uzdrawiania.

Niebezpieczeństwem, które wiąże się z procesem przejmowania odpowiedzialności za innych, jest funkcjonowanie w strukturze „Trójkąta Dramatycznego” (Karpman, za: Beattie, 2004). Mechanizm ten dotyczy relacji interpersonalnych, które charakteryzuje naprzemienne wchodzenie w role

„Wybawiciela” (Ratownika), „Prześladowcy” (Kata) i „Ofiary”. „Ratownicy” starają się zaspokoić potrzeby innych, rozwiązywać ich problemy, ratować od odpowiedzialności za swoje czyny (przejąć kontrolę nad cudzym życiem). Przeciężeni lub sfrustrowani (wypaleni) ciągłą (nad)opieką, którą sami sobie zlecili (lub przyjęli), czują się wykorzystywani, zranieni, niedocenieni i w efekcie zaczynają wchodzić w rolę „Prześladowcy” obwiniającego „podopiecznych” za swoje złe samopoczucie i brak wdzięczności za swoje poświęcenie. Mniej lub bardziej jawne sygnały tego niezadowolenia są odbierane przez „wybawianych-prześladowanych”, którzy korzystają z okazji, aby „odpłacić” „Ratownikom” za poczucie krzywdy i upokorzenia będące wynikiem uznania ich za osoby nieudolne i mało wartościowe, którym „ciągle trzeba pomagać”. W efekcie stają się „Prześladowcami” „Ratowników”, którzy z kolei wchodzi w rolę „Ofiary” z dojmującym uczuciem smutku, wstydu, bezradności, zranienia i poczucia wykorzystania. Funkcjonowanie w Trójkącie Dramatycznym i zmieniające się role „Wybawcy”, „Prześladowcy” i „Ofiary” to rytualny scenariusz życia, obciążający emocjonalnie i pozabawiający szans na rozwój, źródło konfliktów i zaburzeń interpersonalnych, psychicznych i somatycznych. Jego patologiczny wydzźwięk wiąże się ściśle z „uprzedmiotawiającym” spostrzeganiem (się) człowieka, ponieważ zakłada chroniczną nieudolność danej jednostki w kierowaniu swoim życiem. Wybawia się „Ofiary” – ludzi, którzy w mniemaniu swoim i „Ratowników” nie są w stanie sami się o siebie zatroszczyć i nie dostają lub nie korzystają z szansy, aby się tego nauczyć. A nawet jeśli tak się stanie i zdobędą, i/lub uruchomią kompetencje do radzenia sobie, to i tak będą miały kolejne zadanie – uporać się z poczuciem winy generowanym przez „odrzuconego” Ratownika”, któremu „Ofiara” „wymknęła się” spod kontroli. A ponieważ „Ratownik” jest także „Ofiarą” swojego niskiego poczucia wartości, to pragnie być potrzebny i „zajmować się innymi”, bo „bycie dobrym dla innych” chwilowo poprawia jego opinię o samym sobie. Gdy inni radzą sobie bez „Ratownika”, jego samopoczucie pogarsza się, stąd obwinianie i przenoszenie negatywnych odczuć na „podopiecznego” i „walka” o swój znaczący udział w jego życiu. Trójkąt Dramatyczny jest zaprzeczeniem procesu udzielania prawidłowej pomocy, wsparcia i opieki, które z pewnością nie polegają na kontroli i przejmowaniu odpowiedzialności za decyzje i działania innych ludzi i z nikogo nie czynią ofiar (por. Okun, 2002).

Niezależnie od tego, która ze wskazanych strategii i/lub gier zostanie zastosowana, efekt jest ten sam – brak aktywności, niedostatek zaangażowania, niska motywacja do podjęcia rzeczywistej pracy, która przyniesie pozytywne zmiany w zakresie wiedzy i przekonań, przeżywanych emocji oraz zachowań. Nieuwzględnienie wskazanych wyżej zagrożeń, wynikających ze stosowania modelu patogenetycznego jako zaplecza teoretycznego

dla stosowanych procedur leczniczych może sprawić, że częściej wystąpi zjawisko „obecności na terapii” niż „aktywne współ(uczestnictwo) w procesie terapii”, które jest jednym z podstawowych warunków realizacji celów terapeutycznych. Biorąc pod uwagę wskazane wyżej ograniczenia, trzeba jednak wskazać na wiele pozytywnych aspektów tego modelu, które właściwie wykorzystane mogą przyczynić się do wzrostu efektywności podejmowanych działań:

- dychotomiczny podział na zdrowych i chorych, choć redukcyjny, pozwala na identyfikowanie „jednostek chorobowych”, opracowywanie procedur diagnostycznych, metod kwalifikowania pacjenta do określonych zabiegów leczniczych, planowania i rozliczania świadczonych usług;
- koncentracja na chorobie (zaburzeniach), czynnikach ryzyka i mechanizmach ich działania wzbogaca możliwości opracowania efektywnych strategii prewencyjnych i procedur terapeutycznych;
- skupienie na deficytach, problemach zdrowotnych, mechanizmach chorobotwórczych sprzyja opracowywaniu coraz doskonalszych narzędzi diagnostycznych i specjalistycznych metod pracy profilaktycznej i terapeutycznej;
- koncentracja na konkretnym zaburzeniu (chorobie) przyczynia się do wyłaniania się coraz węższych specjalizacji (specjalistów), co zwiększa szanse na pogłębianie wiedzy, doskonalenie metod pracy i osiągnięcie wysokiego stopnia profesjonalizmu w danej dziedzinie.

Świadomość ograniczeń modelu patogenetycznego oraz wykorzystanie jego pozytywnych aspektów, zwłaszcza w połączeniu z podejściem właściwym dla modelu salutogenetycznego, który zostanie scharakteryzowany poniżej, z pewnością przyczyni się do bardziej otwartego na potrzeby człowieka, elastycznego w zakresie kierunków i form działania oraz wszechstronnego w sferze efektów podejścia do socjoterapii.

## **2. Socjoterapia a salutogenetyczny model zdrowia**

Jak to już powiedziano wcześniej, w niniejszym opracowaniu przyjmuje się, że celem socjoterapii jest wspieranie jednostek i grup w osiągnięciu zdrowia nie tylko poprzez działania ukierunkowane na eliminowanie (korygowanie) nieadaptacyjnych wymiarów funkcjonowania, ale także poprzez kształtowanie cech i umiejętności wzmacniających potencjał zdrowotny w wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym. Drugi z wymienionych kierunek koncentruje się na realizacji celów edukacyjnych (kreatywnych), nawiązując do teorii i praktyki edukacji zdrowotnej i promo-

cji zdrowia, których podstawę stanowi salutogenetyczna (holistyczna, pozytywna, dynamiczna, interakcyjna, systemowa) koncepcja zdrowia (Antonovsky, 1995, 1997; Dolińska-Zygmunt, 2001; Cierpiałkowska, Sęk, 2006; Heszen, Sęk, 2007; Woynarowska, 2008).

W centrum zainteresowania modelu salutogenetycznego jest zdrowie (a nie choroba i zaburzenia), pojmowane wielowymiarowo (całościowo) – w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, duchowym (holizm). Stan zdrowia określa się na kontinuum, które rozciąga się pomiędzy biegunami pełnego zdrowia i dobrostanu, a chorobą (zaburzeniem) i cierpieniem. W takim ujęciu nie dzieli się ludzi dychotomicznie na zdrowych albo chorych, lecz przyjmuje się, że każdy człowiek na danym etapie swego życia, w określonych warunkach, pod wpływem oddziaływania różnych czynników, znajduje się w jakimś miejscu pomiędzy krańcowymi punktami kontinuum, na którym może się przesunąć w kierunku bieguna „zdrowie” lub „choroba” (zaburzenie) za sprawą posiadanych/rozwijanych cech, podejmowanych decyzji i zachowań pro lub antyzdrowotnych (dynamika). Ten sposób myślenia ma pozytywny wydźwięk, ponieważ człowiek nie jest narażony na definiowanie go w kategoriach negatywnych przez pryzmat zaburzeń, trudności, problemów. Wskutek tego unika etykiety „człowieka zaburzonego”, która często naznacza negatywnie osobę na całe życie, zwłaszcza w odniesieniu do zaburzeń psychicznych (nawet po wyleczeniu), nie tylko w opinii środowiska społecznego, ale także w samoocenie, blokując szanse na podjęcie prób zdrowego funkcjonowania. Nie zaprzeczając istnieniu zaburzeń i deficytów, zachęca się w tym ujęciu do koncentracji na pozytywnej stronie funkcjonowania człowieka i możliwościach zwiększania (odkrywania) zasobów jednostki i społeczeństwa, które będą sprzyjały „prowadzeniu dobrego życia” (osiąganiu dobrostanu).

Salutogeneza koncentruje się na tych ludziach, którzy uniknęli choroby i utrzymali zdrowie pomimo zagrożeń, na jakie są/byli narażeni oraz na tych, którzy chcą i uczą się „(wy)zdrowieć” (przewyciężyć zaburzenie), porzucić „ryzykowne”, „groźne”, „destrukcyjne” zachowania, a więc „ZMIENIĆ SIĘ”, wzbogacając swoje „JA” o nowe cechy, motywy, umiejętności. Oczywiście, jednym z warunków podjęcia nauki prozdrowotnych strategii jest uznanie „zdrowia” za cenną wartość i przekonanie, że jej osiągnięcie jest możliwe (poczucie skuteczności). Niestety, trzeba wziąć pod uwagę, że dzieci i młodzież, które doświadczyły różnych traumatycznych zdarzeń, mogą nie umieć, nie chcieć i nie wierzyć, że można i warto „żyć prozdrowotnie”. Urazowe doświadczenia mogą stanowić dla nich tak duże obciążenie (przeciążenie), tak bardzo obniżyć poczucie własnej wartości i odebrać „nadzieję” na korzystną zmianę, że „popchną” ich raczej ku autodestrukcji, do życia w cyklu „błędneho koła porażek” i zachowań „niszczących” siebie

(i innych). Celem socjoterapii będzie w takim wypadku przeformułowanie tego negatywnego wzorca myślenia i funkcjonowania oraz pomoc w znalezieniu motywacji do zmiany spostrzegania siebie, swego miejsca w świecie „ludzi i przedmiotów” oraz podjęcia działań umożliwiających nabycie nowych zasobów i/lub uświadomienie sobie już posiadanych (proaktywne strategie radzenia sobie).

W ujęciu salutogenetycznym w ocenie stanu zdrowia nie dominują parametry obiektywne, lecz subiektywne wskaźniki – osobista percepcja podmiotu. Kluczowym pojęciem jest „samopoczucie”, „subiektywny dobrostan” (SD), który jest efektem „poznawczej i emocjonalnej oceny własnego życia, w której notuje się wysoki poziom zadowolenia z życia i spełnienia, przewagę pozytywnych doświadczeń i przyjemnych emocji oraz niski poziom negatywnych nastrojów” (Czapiński, 2004, s. 44). Warto przyjąć do wiadomości, że poziom zadowolenia z życia (szczęścia) nie jest czymś stałym i niezmiennym – „szczęśliwym się bywa” biorąc pod uwagę aktualne wydarzenia, informacje, okoliczności-czynniki sytuacyjne oraz przede wszystkim zmienne podmiotowe, związane z funkcjonowaniem poznawczym, emocjonalnym, behawioralnym konkretnej jednostki. Bardzo ważnym celem edukacyjnym jest uświadamianie ludziom, że dobrostan może stać się udziałem każdego człowieka nawet wtedy, gdy odczuwa on pewne dolegliwości, przeżywa trudności, ma bolesne doświadczenia, ponieważ każdy sam określa optymalny dla siebie poziom funkcjonowania i stopień satysfakcji z życia (a nie zewnętrzne normy ekspertów). Nawet jeżeli obiektywnie istnieją przesłanki do gorszego samopoczucia i nieefektywnego funkcjonowania, to ten stan może być wystarczający i zadowalający dla osoby w określonej sytuacji życiowej (na danym etapie życia), tym bardziej, gdy towarzyszy mu przekonanie (optymistyczne), że istnieje szansa na pozytywną zmianę (dynamika). Poza tym każdy człowiek niezależnie od tego, w jakim jest stanie zdrowia, ocenionym według kryteriów klinicznych, może rozwijać swoje możliwości i wzmacniać potencjał na tyle, na ile pozwalają mu na to ograniczenia zdrowotne, podejmując aktywność w innych niż „uszkodzone” płaszczyznach zdrowia (fizycznej, psychicznej, społecznej, duchowej). Takie ujęcie „dobrostanu” nie wyklucza życiowych kłopotów, gorszego samopoczucia i funkcjonowania, ale traktuje zmaganie się z trudnościami (ograniczeniami) jako nieodłączny, wartościowy element życia i rozwoju – czyli „życie trudne, ale dobrze przeżywane, może być źródłem odczuwania zadowolenia, satysfakcji i szczęścia” (Trzebińska, 2008, s. 46–50; Diener, Lukas, Oishi, 2002; Czapiński, 2004; Carr, 2009).

Formułując cele edukacyjne w socjoterapii w odniesieniu do możliwości osiągnięcia „dobrego samopoczucia”, warto uwzględnić twierdzenie Seligmana, będące parafrazą tytułu jego znanej książki („Optymizmu można się

nauczyć”), że „każdy może się (na)uczyć szczęśliwie, satysfakcjonująco żyć” (Seligman, 1993, 2004, 2005). A „szczęśliwe życie” to „życie pełne”, w którym umiejętnie łączy się „sprawianie sobie przyjemności”, „zaangażowanie w działanie” i „poszukiwanie sensu” (Seligman, 2005).

Pomocne w osiągnięciu tego celu może być kolejne stwierdzenie modelu salutogenetycznego, że KAŻDY człowiek w ciągu życia podlega działaniu licznych stresorów, spotyka się z przeróżnymi wyzwaniem i trudnościami (czynnikami ryzyka), które nie muszą przyczynić się do choroby (zaburzeń), a nawet wręcz przeciwnie, mogą okazać się pomocne w podążaniu ku biegunowi „zdrowie” (zdrowienia). Stresory (sytuacje trudne, problemowe) traktuje się w tym modelu jako stymulatory i wyzwania inicjujące procesy radzenia sobie z wymaganiami, przyczyniające się do rozwoju i zwiększania odporności. Tego typu myślenie ma związek z definiowaniem zdrowia jako „siły doskonałej w konfrontacji z wyzwaniami”, wyrażane często potocznie znanym sloganem: „co cię nie zabije, to cię wzmocni”. Zakłada się, że każdy człowiek ma ogromny potencjał zdrowotny, który często ujawnia się i rozwija w zmaganiach z życiowymi trudnościami i nawet w najgorszej sytuacji istnieją szanse na podążanie ku biegunowi „zdrowie”, o ile zostaną podjęte właściwe (prozdrowotne) strategie radzenia sobie z czynnikami ryzyka. W tym kontekście pojawia się kolejny ważny cel edukacyjny socjoterapii – uświadamianie osobom narażonym na działanie wielu stresorów, że nie są „osamotnione w swoim trudnym położeniu” (poczucie podobieństwa doświadczeń i wspólnoty) oraz że istnieje możliwość poprawy samopoczucia i sytuacji życiowej, mimo doświadczanych trudności (poczucie wpływu). A (na)uczenie się nowych strategii poradzenia sobie z nimi wzbogaci ich zasoby, które będą pełniły funkcję ochronną przed działaniem kolejnych obciążeń i jednocześnie sprzyjały poprawie jakości ich życia (wzmacnianie poczucia kompetencji, samoskuteczności i poczucia własnej wartości).

Zasoby to kluczowe pojęcie w modelu salutogenetycznym, definiowane jako cechy podmiotu i jego środowiska, które warunkują prozdrowotną interakcję człowieka z otoczeniem. Tradycyjnie zasoby nazywano cechami ogólnej i specyficznej odporności na stres. W nowszych pracach używa się określenia wyuczona zasobność, które oznacza siły i właściwości człowieka sprzyjające efektywnemu (skutecznemu) radzeniu sobie z wyzwaniami, osłaniające przed (chroniące) lub zwalczające zagrożenia i umożliwiające ludziom pozostawanie w dobrym zdrowiu, mimo różnych zagrożeń (Sęk, 2006).

Lista „zasobów odpornościowych”, „potencjałów zdrowia”, które sprzyjają osiągnięciu i polepszaniu zdrowia jednostki, jest bardzo obszerna i dzielona według różnych kryteriów. Najprostszy podział polega na rozróżnieniu zasobów wewnętrznych (samoocena, optymizm, poczucie kontroli) i zasobów zewnętrznych (wsparcie społeczne, status socjoekonomiczny). Wśród

czynników o charakterze psychospołecznym poddaje się analizie przebieg procesów i mechanizmów regulacji psychicznej, zachowania, cechy osobowości oraz czynniki zewnętrzne działające na drodze psychologicznej. Wykazano na przykład, że emocje pozytywne (radość, nadzieja, optymizm) wywierają korzystne skutki zdrowotne, podobnie jak przekonania o własnej skuteczności, poczucie kontroli, średni poziom motywacji do zmian (Makowska, Poprawa, 1996; Sęk, 2001, 2006).

Z kolei Hobfoll (2006) wyróżnia cztery grupy zasobów: rzeczowe (obiekty fizyczne), osobowe (sprawności, cechy, umiejętności), warunki (cenione stany, np.: bycie zdrowym, posiadanie rodziny, przyjaciół) oraz zasoby energetyczne, czyli takie, które jednostka może wymieniać na inne (pieniądze, czas, wiedza).

W badaniach nad problematyką zasobów odpornościowych sformułowano także koncepcję *learned resourcefulness* Rosenbauma oraz koncepcję czynników ochronnych i skutecznego radzenia sobie – *resilience* Manghama, która szczególnie odnosi się do dzieci i młodzieży doświadczających trudności życiowych. Oba te podejścia są związane z rozumieniem zdrowia jako procesu równoważenia wzajemnych oddziaływań zasobów i deficytów (Heszen, Sęk, 2007, s. 160–176; Cierpiałkowska, Sęk, 2006).

Termin *resilience* określa zarówno proces, jak i właściwości, z pomocą których jednostka radzi sobie skutecznie ze stresem życia nawet o dużym nasileniu, zdolności elastycznego stosowania zachowań zaradczych, dopasowanych do potrzeb i kontekstu sytuacyjnego. *Resilience* to taka właściwość jednostki, która charakteryzuje się zdolnością do oderwania się (*bounce-back*) od negatywnych doświadczeń w toku elastycznej adaptacji do ciągle zmieniających się wymagań życia. Jest to też zdolność do utrzymywania satysfakcjonujących więzi społecznych i samokontroli emocjonalnej (Heszen, Sęk, 2007, s. 160–176; Cierpiałkowska, Sęk, 2006).

W koncepcji *resourcefulness* mówi się natomiast o powstałym w toku uczenia się społecznego zespole umiejętności, który sprawia, że jednostka reguluje swoje reakcje emocjonalne i poznawcze, wskutek czego minimalizuje dysfunkcyjny wpływ stresu na zachowania w sytuacjach trudnych i ryzykownych. Ta zasobność (potencjał zasobów) zawiera umiejętność kontroli emocji, umiejętność wyboru właściwych sposobów rozwiązania problemu, umiejętność odrzucania gratyfikacji i spostrzeganą samoskuteczność (Heszen, Sęk, 2007, s. 160–176; Cierpiałkowska, Sęk, 2006).

Najważniejszym z zasobów podmiotowych, według Antonovskyego, jest poczucie koherencji, czyli „ogólna orientacja wyrażająca stopień, w jakim człowiek ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że:

- bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wy-

tłumaczalny (poczucie zrozumiałości); jest to komponent poznawczy, który określa stopień, w jakim człowiek spostrzega napływające ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego bodźce jako zrozumiałe, spójne, jasne i uporządkowane i spodziewa się, że bodźce, z którymi zetknie się w przyszłości, będą przewidywalne lub że potrafi je do czegoś przyporządkować lub wyjaśnić;

- ma dostęp do środków, które mu pozwolą sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce (poczucie zaradności); jest to komponent instrumentalny, który określa stopień, w jakim człowiek spostrzega dostępne zasoby (którymi sam dysponuje lub inne osoby, którym ufa i na które może liczyć) jako wystarczające, aby sprostać wymaganiom, jakie stawiają napływające bodźce oraz przekonanie, że prawdopodobnie wszystko dobrze się ułoży, a jeżeli nie, to konsekwencje niepomyślnego zdarzenia dadzą się jakoś znieść – »jakby nie było poradę sobie«;
- wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania (poczucie sensowności); jest to komponent emocjonalno-motyacyjny, który wyraża motywację jednostki do działania, poczucie, że życie ma sens, że przynajmniej część problemów i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania, spostrzeganie problemów jako wyzwań, które warto podejmować” (Antonovsky, 1995).

Poczucie koherencji rozwija się w toku interakcji społecznych, dokonujących się w ramach procesu socjalizacji i edukacji, które stwarzają warunki do nabywania przez jednostkę różnych doświadczeń w zakresie spójności docierających informacji, równowagi między przeciążeniem a niedociążeniem czy udziału w podejmowaniu decyzji. Na rozwój poczucia koherencji, szczególnie poczucia sensowności, wpływa aktywny udział człowieka w stanowieniu celów oraz rozwiązywaniu problemów, czyli poczucie uczestnictwa, zaangażowania i autonomii w realizacji zadań życiowych. Stąd zalecane w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia strategie i techniki działania postulujące upodmiotowienie, aktywne uczestnictwo, demokratyzację oraz aktywizujące metody uczenia się na bazie osobistych doświadczeń.

Identyfikacja i opracowanie klasyfikacji sił, walorów oraz cnót (zasobów) człowieka, które mogą sprzyjać osiągnięciu (prowadzeniu) „dobrego, szczęśliwego życia”, jest także wynikiem prac zespołu psychologów pozytywnych, których efektem jest lista obejmująca 6 uniwersalnych cnót i 24 sił charakteru (*character strengths and virtues classification – CSV*) (Peterson, Seligman 2004, za: Gulla, Tucholska, 2007; Blum, 2009; Carr, 2009).

Wśród warunków sprzyjających procesowi pozytywnej adaptacji dzieci i młodzieży można wyróżnić cztery grupy czynników chroniących (zasobów odpornościowych), które warto rozwijać w procesie edukacji i terapii (Masten, Powell, 2003; Rutter, 1985; Garmezy, 1985, za: Ostaszewski, 2007, s. 483–517):

Tabela 1. Klasyfikacja cnót i sił charakteru

Cnoty	Siły charakteru	Definicja
1. Mądrość i wiedza		Siły poznawcze, które wiążą się z nabywaniem i wykorzystywaniem wiedzy.
	Kreatywność	Nowatorski i produktywny sposób podejścia do różnych spraw; oryginalność, pomysłowość.
	Ciekawość	Zainteresowanie wszystkim, co jest wokół, odkrywanie świata.
	Otwartość umysłu, krytycyzm i afirmacja siebie	Wielostronne spojrzenie na rzeczywistość: gotowość do jej badania.
	Zamiłowanie do zdobywania wiedzy, przyjemność uczenia się	Dążenie do opanowywania nowych umiejętności, zagadnień, gałęzi wiedzy, nowe sposoby uczenia się.
	Wycucie perspektywy i rozeznanie	Wykorzystywanie zdolności dawania mądrych rad innym.
2. Odwaga		Siły emocjonalne i fizyczne, które działają w kierunku spełnienia celów i pozwalają stawić czoło przeszkodom i przeciwnościom.
	Autentyczność i szczerowość	Mówienie prawdy i otwarte, uczciwe prezentowanie siebie, tego co się myśli.
	Dzielność, waleczność	Gotowość do przyjmowania wyzwań i stawiania czoła trudnościom, nie uciekanie od tego, co budzi lęk, jest trudne, co stanowi wyzwanie lub wywołuje ból.
	Wytrwałość	Umiejętność doprowadzania do końca tego, co się rozpoczęło.
	Entuzjazm i optymizm	Podejście do życia pełne energii i wigoru, chęć życia i działania.
3. Humanitaryzm (człowieczeństwo)		Zdolności interpersonalne, które sprzyjają przyjacielskiemu nastawieniu do innych i wzmacnianiu więzi.
	Dobroć (uprzejmość i hojność)	Wyświadczenie przysług i dobre uczynki na rzecz innych ludzi.
	Miłość	Umiejętność traktowania jako ważnych i wartościowych bliskich związków z innymi ludźmi.
	Inteligencja emocjonalna	Świadomość emocji i motywów, które wpływają na zachowanie własne oraz innych osób.
4. Sprawiedliwość		Siły „obywatelskie”, które są podstawą życia zdrowej społeczności.
	Bezstronność (prawość i wielkoduszność)	Traktowanie wszystkich ludzi w sposób podobny, zgodnie z zasadą sprawiedliwości i uczciwości.
	Zdolności przywódcze (liderowanie)	Umiejętność zorganizowania aktywności grupowej i monitorowania jej przebiegu.
	Zdolność do współpracy (duch zespołu i lojalność)	Umiejętność pracy w grupie jako jeden z jej członków, współlistnienia w ramach zespołu.

cd. tab. 1

Cnoty	Siły charakteru	Definicja
5. Umiar (wstrze- mięźliwość)		Siły, które chronią przed przekroczeniem pewnych granic.
	Wielkoduszność (współ- czucie i wybaczenie)	Umiejętność przebaczenia tym, którzy zrobili coś złego i proszenia o wybaczenie.
	Skromność (pokora)	Pozwalanie, aby czyny mówiły same za siebie: umiejętność nie zwracania na siebie uwagi.
	Rozwaga (cierpliwość, roztropność, rozwaga)	Umiejętność roztropnego dokonywania wyborów; powstrzymania się od powiedzenia czy zrobienia czegoś, czego można później żałować.
	Samoregulacja (panowa- nie nad sobą)	Zdolność regulowania własnych odczuć i kontroli zachowań, autodyscyplina.
6. Transcendencja		Siły, które odnoszą się do rzeczywistości wyższej, poczucie więzi z wszechświatem, poszukiwanie sił duchowych nadających sens życiu.
	Docenianie piękna i do- skonałości	Zachwyt, zdumienie, zauważanie i docenianie piękna, doskonałości i/lub talent, mistrzowskie wykonywanie czynności związanych z różnymi dziedzinami życia.
	Wdzięczność i uznanie	Umiejętność wyrażania wdzięczności za dobre rzeczy, bycie świadomym tego, co dobrego nam się zdarza.
	Nadzieja	Patrzenie w przyszłość z wiarą i optymizmem, oczekiwanie najlepszego i podejmowanie wysiłku, aby to osiągnąć.
	Humor (śmiesz- ność i uśmiech)	Umiejętność śmiania się i żartowania; wywoływanie uśmiechu na twarzach innych.
	Religijność (wiara i du- chowość)	Posiadanie spójnego systemu przekonań na temat wyższych celów, życie z poczuciem sensu.

Ź r ó d ł o: Gulla, Tucholska, 2007; Blum, 2009

- zasoby indywidualne - zdolności intelektualne (uczenia się, planowania, zdolności werbalne), pozytywny temperament, mechanizmy samokontroli, optymizm, pogoda ducha, umiejętności społeczne, pozytywny obraz siebie i poczucie skuteczności, posiadanie planów i celów życiowych;
- zasoby rodzinne, czyli adekwatne do wymagań rozwojowych relacje rodzic - dziecko, pełna struktura rodziny, występujące w niej rytuały, wsparcie emocjonalne, komunikowanie oczekiwań odnośnie do norm społecznych i zachowań zdrowotnych;
- zasoby wynikające z relacji z innymi dorosłymi, to jest obecność odpowiednich dorosłych (mentor, instruktor harcerski, trener), relacje

z konstruktywnymi rówieśnikami, którzy okazują wsparcie emocjonalne, instrumentalne i moralne, zwłaszcza w okresie dojrzewania;

- zasoby środowiska lokalnego – bezpieczne sąsiedztwo, dobry klimat społeczny szkoły, wsparcie nauczycieli, konstruktywne formy aktywności w wolnym czasie, dostęp do miejsc rekreacji, świetlic, poradni, ośrodków interwencji kryzysowej.

Wskazane wyżej czynniki stanowią podstawę do opracowywania programów „pozytywnego rozwoju” dzieci i młodzieży, które zmierzają do rozwijania i wzmacniania mocnych stron i zasobów osobistych, rodzinnych, środowiskowych. Ich funkcją jest ochrona i redukcja działania czynników ryzyka oraz osiąganie (i poprawa) zdrowia w różnych jego wymiarach. Tym samym połączono działania w sferze profilaktyki zagrożeń i terapii (model patogenetyczny) z promocją zdrowia i edukacją zdrowotną (model salutogenetyczny), których ważnym celem jest kształtowanie umiejętności życiowych, psychospołecznych (*Life skills*). Są to umiejętności (zdolności) umożliwiające człowiekowi pozytywne zachowania przystosowawcze, z pomocą których skutecznie radzi sobie z zadaniami (wymaganiami) i wyzwaniem codziennego życia (WHO, 1993, 1997, UNICEF, 2001, za: Woynarowska, 2001).

Podział podstawowy obejmuje: umiejętności podstawowe dla codziennego życia – podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów, twórcze i krytyczne myślenie, porozumiewanie się i utrzymywanie dobrych relacji interpersonalnych, samoświadomość i empatię, radzenie sobie z emocjami i stresem oraz umiejętności specyficzne, związane z radzeniem sobie w sytuacjach problemowych będących wynikiem nacisku grupy, na przykład asertywność, opieranie się presji (WHO 1997).

W innej klasyfikacji, dokonanej przez UNICEF (2001), wymienia się:

- umiejętności interpersonalne – empatia, aktywne słuchanie, przekazywanie i przyjmowanie informacji zwrotnych, komunikowanie się werbalne i niewerbalne, asertywność, umiejętność odmawiania, negocjowania, rozwiązywania konfliktów, współdziałanie, praca w zespole, związki i współdziałanie ze społecznością;
- umiejętności budowania samoświadomości – samoocena, identyfikacja własnych mocnych i słabych stron, pozytywne myślenie, budowanie obrazu własnej osoby i własnego ciała;
- umiejętności budowania własnego systemu wartości – rozumienie różnych norm społecznych, przekonań, kultur; tolerancja; system wartości, postawy, tworzenie własnej hierarchii wartości postaw i zachowań; radzenie sobie z dyskryminacją i negatywnymi stereotypami; działania na rzecz praw, odpowiedzialności i sprawiedliwości społecznej;

- umiejętności podejmowania decyzji – krytyczne i twórcze myślenie, rozwiązywanie problemów, identyfikacja ryzyka dla siebie i innych, poszukiwanie alternatyw, uzyskiwanie informacji i ocena ich wartości, przewidywanie konsekwencji własnych działań, zachowań, stawianie sobie celów;
- umiejętności radzenia sobie i kierowanie stresem – samokontrola, radzenie sobie z presją (rówieśników), gospodarowanie czasem, radzenie sobie z lękiem, trudnymi sytuacjami, poszukiwanie pomocy (WHO 1993, 1997, za: Woynarowska, 2001).

Kształtowanie wskazanych wyżej umiejętności jest jednym z ważniejszych celów edukacji zdrowotnej, która „jest procesem uczenia ludzi jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych, a w przypadku choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki” (Woynarowska, 2007, s. 102). Edukacja zdrowotna pozostaje w bliskim związku z promocją zdrowia, którą określa się jako „proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem oraz jego poprawę” (Karta Ottawska, 1986; Słońska, 1999; Karski, 2006). Główne zadania promocji zdrowia to wzmacnianie zdrowia pojmowanego pozytywnie oraz poprawa jakości życia poprzez zmianę jego stylu i tworzenie (przeobrażanie) środowiska, tak aby stanowiły zasób umożliwiający ludziom osiągnięcie ważnych celów indywidualnych i społecznych oraz zaspokajanie potrzeb zdrowotnych. Promocja zdrowia określana jest również jako sztuka interwencji w systemy społeczne i tworzenia warunków do szerokiego uczestnictwa społeczności zarówno w procesie podejmowania decyzji związanych ze zdrowiem, jak i planowaniu i wdrażaniu programów dla rozwoju zdrowia. Podejmowane w ramach promocji zdrowia działania są wielokierunkowe i mieszczą się w pięciu obszarach: budowanie zdrowotnej polityki państwa, tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmacnianie działań społeczeństwa na rzecz zdrowia, rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu, reorientacja służby zdrowia (Karta Ottawska, 1986; Słońska, 1999; Karski, 1996).

Edukacja promująca zdrowie postuluje model autokreacyjny (*self empowerment*), ukierunkowany na upodmiotowienie, z akcentem na aktywność jednostek, grup i społeczności, dobrowolność, swobodę decyzji i wyborów oraz zróżnicowane działania na poziomie indywidualnym i środowiskowym. Podstawą do wdrażania tego modelu jest demokratyczny paradygmat edukacji, w którym obowiązuje dwupodmiotowy, partnerski styl współpracy (Woynarowska, Sokołowska, 2000; Woynarowska, 2007, s. 240; Geldard, Geldard, 2005, s. 124; Kasperek-Golimowska, 2011). Upodmiotowienie procesu edukacji wiąże się z korzystaniem z metod aktywizujących i interaktywnych, których istotą jest przeniesienie akcentu z procesu nauczania na proces uczenia się, uwzględnienie emocjonalnego aspektu tego procesu

i stwarzanie uczącym się przestrzeni do samodzielnego myślenia i działania, odwołującego się do ich doświadczenia życiowego (por. cykl uczenia się przez doświadczenie) (Corey, Corey, 1995; Ballard, 1997; Geldard, Vopel, 1999; Rau, Ziętkiewicz, 2000; Brudnik, 2002; Geldard, 2005; Woynarowska, 2007).

Wśród technik edukacyjnych, które można wykorzystywać także w socjoterapii, mieszczą się między innymi:

- techniki edukacji humanistycznej zmierzającej do ukształtowania „zdrowej osobowości”,
- techniki edukacji emocjonalnej (afektywnej) nastawionej na uczenie rozpoznawania i radzenia sobie z emocjami, wrażliwości i ekspresji emocji oraz stymulacji rozwoju osobistego (trening interpersonalny, psychoedukacja),
- techniki edukacji alternatywnej nastawione na rozwój zainteresowań, zachęcanie do podjęcia aktywności wzbudzającej zaangażowanie i na tyle atrakcyjnej, że zastąpi zachowania antyzdrowotne (aktywne formy spędzania czasu wolnego, hobby),
- model edukacji społecznej (wpływów społecznych) – uczenie jednostki rozpoznawania zagrożeń i radzenia sobie z niekorzystnymi wpływami społecznymi, a także pozytywnych zachowań przystosowawczych (prozdrowotnych), wykorzystując mechanizmy naśladownictwa i identyfikacji oraz wzory (modele) funkcjonujące w bliskim danej jednostce otoczeniu społecznym (Ostaszewski, 2007; Heszen, Sęk, 2007).

Podsumowując, można wskazać następujące aspekty modelu salutogenetycznego, ważne dla stanowienia i realizacji celów edukacyjnych (rozwojowych, kreatywnych) w socjoterapii:

- koncentracja na zdrowiu (a nie chorobie) i jego potęgowaniu,
- w centrum uwagi jest rozpoznanie czynników (pro)zdrowotnych i ustalenie „co konkretnie sprawia, że człowiek staje się (czuje się) zdrowszy” („zdrowieje”) i „co zrobić, aby zechciał (motywacja) i umiał (wiedza i umiejętności) osiągać zdrowie”,
- analiza historii życia (cech jednostek i właściwości środowiska), a nie wyłącznie jednostek chorobowych i czynników patogennych,
- kierowanie uwagi na strategie rozwijania i wykorzystywania zasobów w radzeniu sobie w warunkach stresowych (aktywna adaptacja do środowiska), zamiast skupiania się na eliminowaniu stresorów oraz leczeniu zaburzeń i chorób, charakterystycznego dla podejścia patogenezy,
- umiejętność dostrzegania pozytywnych stron stresu, podkreślanie jego walorów adaptacyjno-mobilizacyjnych (eustres),
- uświadomienie ludziom, że to oni sami podejmują decyzje i wybory w sprawie swego zdrowia i stylu życia oraz są (współ)odpowiedzialni za jego poziom i swoje samopoczucie,

- ujmowanie potencjału zdrowotnego jako środka do poprawy jakości życia,
- przekonanie o możliwości przezwyciężenia ograniczeń i poradzenia sobie z trudnościami przy pomocy odpowiednich cech i strategii działania,
- pomoc w budowaniu własnych i środowiskowych potencjałów zdrowotnych,
- motywowanie do rozwoju (wzmacniania, doskonalenia) osobistych umiejętności służących osiągnięciu zdrowia,
- zachęcanie do podejmowania działań na rzecz tworzenia takich warunków życia, w których „zdrowe wybory będą łatwiejszymi wyborami”,
- propagowanie idei równości w prawach do zdrowia, aktywnego uczestniczenia i solidarności w działaniu.

Przedstawione powyżej podejścia do socjoterapii znacznie rozszerzają spojrzenie na jej funkcje. Oprócz korekcyjnej, może ona także spełniać funkcje:

- orientacyjną (poznawanie siebie, innych ludzi, otoczenia, wzbogacanie wiedzy, poszerzanie zbioru informacji, samoświadomość w zakresie swoich potrzeb, umiejętności),
- personalizacyjną (kształtowanie cech osobowości zgodnych z potencjałem danej jednostki, indywidualizacja, docenienie niepowtarzalności wartości, norm, wzorów życia każdej jednostki, która sama określa swoje preferencje),
- rozwojową (osiąganie nowych cech i umiejętności, wykorzystywanie własnego potencjału w zmaganiach z wyzwaniami, jakie niesie życie, przekraczanie swoich możliwości),
- kompensacyjną (wyrównywanie szans, uzupełnianie braków środowiskowych i społecznych, zastępowanie niekorzystnych warunków bardziej korzystnymi, umożliwiającymi rozwój zablokowanego potencjału w innym środowisku, w życzliwej atmosferze, zdolność do całkowitego lub częściowego wyrównania skutków działania czynników szkodliwych),
- socjalizacyjną (poznawanie, rozumienie i akceptacja obowiązujących norm i opanowywanie kompetencji niezbędnych do ich przestrzegania, aktywna adaptacja do rzeczywistości, przygotowywanie do podejmowania różnych zadań osobistych oraz na rzecz grup społecznych w sposób nienaruszający porządku społecznego),
- emancypacyjną (wyzwalającą - organizowanie warunków umożliwiających ujawnienie się niepowtarzalnego potencjału danej osoby, rozwijanie gotowości do kreowania siebie i otoczenia zgodnie z osobistymi potrzebami, przejawianie inicjatywy, zdolność do kierowania się w życiu własnymi przekonaniem i nawet jeżeli są niezgodne z obowiązującymi

- cym dogmatem, umiejętność uwolnienia się od stereotypów nawet kosztem ostracyzmu lub potępienia ze strony otoczenia),
- kulturową (aktywne uczestniczenie w kulturze jako jej odbiorca i twórca, znajomość i szacunek dla spuścizny kulturowej, gotowość do udziału w kulturze „wysokiej”, świadomość wyzwań i ograniczeń kultury masowej, „pop-kultury”, kultury konsumpcyjnej).

## Zakończenie

Przedmiotem niniejszego opracowania była refleksja nad podejściem do socjoterapii na tle określonego paradygmatu (koncepcji) zdrowia, który determinuje zakres celów, dobór metod (technik) działania, styl pracy terapeutycznej oraz zalecane i rzeczywiście osiągnięte efekty. Postulowana integracja osiągnięć modelu patogenetycznego i salutogenetycznego pozwala analizować socjoterapię jako proces ukierunkowany na osiągnięcie zdrowia, pojmowanego jako wartość, którą rozwija się w całościowym procesie zmagania z trudnościami, problemami, stresorami stanowiącymi wyzwanie do poszukiwania i wzmacniania potencjałów zdrowia.

Kwestią kluczową w tym podejściu do socjoterapii jest łączenie strategii modelu terapeutycznego z założeniami modelu edukacji promującej zdrowie, który akcentuje możliwości podnoszenia jakości życia poprzez rozwój zasobów zdrowotnych (indywidualnych i środowiskowych). W tym modelu socjoterapii realizuje się cele korekcyjno-kreacyjne, ukierunkowane na osiągnięcie zdrowia zarówno poprzez eliminowanie (łagodzenie, minimalizowanie) zaburzeń (i ich symptomów), jak i rozwijanie (wzmacnianie) potencjału sprzyjającego poprawie samopoczucia. Środkiem do osiągnięcia tych celów są aktywne działania jednostek, grup, społeczeństwa (siedlisk) (proaktywne strategie) na rzecz rozwoju indywidualnych zasobów jednostek oraz kształtowania sprzyjającego zdrowiu środowiska (podejście uczestniczące).

W tym podejściu jednostka jest podmiotem, (współ)twórcą optymalnego zdrowia osobistego i środowiskowego, który przejmuje odpowiedzialność za jakość swego życia, podejmując decyzje i działania zgodne ze swoimi potrzebami i możliwościami.

## LITERATURA

- ANTONOVSKY, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- ANTONOVSKY, A. (1997). *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

- BALLARD, R. (1997). *Jak żyć z ludźmi. Umiejętności interpersonalne. Program profilaktyczny dla młodzieży*. Warszawa: Agencja Informacji Użytkowej MEN.
- BEATTIE, M. (2004). *Koniec współzależnienia. Jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie*. Poznań: Media Rodzina.
- BERNE, E. (2007). *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- BLUM, R. (2009). *Psychologia pozytywna w praktyce. 6 cnót głównych i 24 siły dające szczęście*. Warszawa: Klub dla Ciebie.
- BRUDNIK, E. (2002). *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących. 2*. Kielce: Zakład Wydawniczy SFS.
- CARR, A. (2009). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*. Poznań: Zysk i S-ka.
- CIERPIAŁKOWSKA, L., SĘK, H. (2006). *Zdrowie i zaburzenia z perspektywy rozwojowej i procesualnej. Próba integracji podejścia salutogenetycznego i patogenetycznego*. W: T. Pasikowski, H. Sęk (red.). *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia i empiria*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, s. 21–40.
- COREY, M., COREY, G. (1995). *Grupy. Zasady i techniki grupowej pomocy psychologicznej*. Warszawa: IPZiT.
- CZAPIŃSKI, J. (red.) (2004). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnocie człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- DIENER, E., LUKAS, R.E., OISHI, S. (2004). *Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia*. W: J. Czapiński (red.). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnocie człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- DOLIŃSKA-ZYGMUNT, G. (2001). *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- ERNST, K. (1991). *Szkolne gry uczniów*. Warszawa: WSiP.
- GELDARD, K., GELDARD, D. (2005). *Jak pracować z dziećciami grupami terapeutycznymi. Przewodnik dla psychologów, pedagogów i pracowników socjalnych*. Gdańsk: GWP.
- GULLA, B., TUCHOLSKA, K. (2007). *Psychologia pozytywna: cele naukowo-badawcze i aplikacyjne oraz sposób ich realizacji*. W: P. Francuz, W. Otrębski (red.). *Studia z psychologii w KUL*. Tom 14. Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 133–152.
- HESZEN, I., SĘK, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- HOBFOLL, S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- JAGIELA, J. (2007). *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*. Kraków: Rubikon.
- JANOWSKI, A. (1995). *Uczeń w teatrze życia szkolnego*. Warszawa: WSiP.
- KARSKI, J.B. (2006). *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: CEDEWU. Karta Ottawska Promocji Zdrowia, 1986.
- KASPEREK-GOLIMOWSKA, E. (2011). *Rola szkolnej edukacji zdrowotnej w kształtowaniu postaw aktywnego uczestnictwa dzieci i młodzieży w życiu społecznym*. W: H. Krause-Sikorska (red.). *Wymiary społecznego uczestnictwa w życiu. Między dzieciństwem a dorosłością*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- MAKOWSKA, H., POPRAWA, R. (1996). *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.). *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- OKUN, B.F. (2002). *Skuteczna pomoc psychologiczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- OSTASZEWSKI, K. (2007). *Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych*. W: B. Woynarowska (red.). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

- RAU, K., ZIĘTKIEWICZ, E. (2000). *Jak aktywizować uczniów. „Burza mózgów” i inne techniki w edukacji*. Poznań: Oficyna Wydawnicza G&P.
- SAWICKA, K. (1999). (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: CMPP.
- SELIGMAN, M.E.P. (2004). *Psychologia pozytywna*. W: J. Czapirski (red.). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: PWN.
- SELIGMAN, M.P.E. (1993). *Optymizmu można się nauczyć*. Poznań: Media Rodzina.
- SELIGMAN, M.P.E. (2005). *Prawdziwe szczęście. Psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia*. Poznań. Media Rodzina.
- SĘK, H. (2000). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- SĘK, H. (2001). *Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji*. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.). *Zdrowie – Stres – Zasoby*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- SĘK, H. (2006). *Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej*. W: I. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- SŁOŃSKA, Z. (1999). *Rola promocji zdrowia w rozwoju edukacji zdrowotnej. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, Nr 7*.
- SOBOLEWSKA, Z. (1993). *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży. Zasady projektowania zajęć*. Warszawa: OPTA.
- STRZEMIECZNY, J. (1993). *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży*. Warszawa: PTP.
- TRZEBIŃSKA, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- VOPEL, K.W. (1999). *Gry i zabawy interakcyjne*. Kielce: Jedność.
- WHO (1993). *Life skills education In schools (WHO/MNH/PSF/93.A.Rev.1)*. Geneva: World Health Organization [dostęp: 15.11.2011]
- WHO (2003). *Skills for health. Skills based health education including life skills: An important component of child-friendly/health promoting school. Information Series on School Health Document 9*. Geneva: World Health Organization [dostęp: 15.11.2011]
- WOYNAROWSKA, B. (2001). *Podjęcie ukierunkowane na rozwój umiejętności życiowych i możliwości jego wykorzystania w edukacji zdrowotnej*. W: B. Woynarowska, M. Kapica (red.). *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*. Warszawa: KOWEZ.
- WOYNAROWSKA, B. (2007). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- WOYNAROWSKA, B., SOKOŁOWSKA, M. (red.) (2000). *Jak stworzymy szkołę promującą zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat. Poradnik dla koordynatorów i zespołów promocji zdrowia szkolnych, lokalnych i wojewódzkich*. Warszawa: KOWEZ.



BARBARA JANKOWIAK  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
EMILIA SOROKO  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu



## **Czynniki pomocowe w socjoterapii dzieci i młodzieży – refleksja teoretyczna**

Zgodnie z тезami prezentowanymi w literaturze socjoterapia, poza celami rozwojowymi i edukacyjnymi, realizuje także cele terapeutyczne (Sobolewska, 1993, za: Jagieła, 2009, s. 25–26; Strzemieczny, 1988). Warto podjąć dyskusję, jakie czynniki terapeutyczne są specyficzne dla socjoterapii, a nawet, w jakim zakresie w ogóle można uznać je ściśle za terapeutyczne (ukierunkowane na zmianę lub wyleczenie), a w jakim za pomocowe (ukierunkowane na wspieranie rozwoju). Uruchomienie tych czynników – pomocowych czy terapeutycznych – ma bowiem doprowadzić do realizacji celów socjoterapii. Refleksja nad tym, jakie to czynniki i jaki jest ich zakres, wydaje się być niezbędna, aby świadomie je aktywować w pracy grupowej.

### **1. Czynniki leczące w psychoterapii a czynniki pomocowe w socjoterapii**

Pomoc psychologiczna jest systemem działań nastawionych na rozwiązanie jakiegoś problemu (pomoc bezpośrednia) lub nastawionych na czynniki wywołujące te problemy czy powodujące rozprzestrzenianie się ich skutków (pomoc pośrednia) (Sęk, Brzezińska, 2008). W zależności od celów zdrowotnych można wyróżnić wiele form pomocy psychologicznej, między innymi najbardziej wyspecjalizowaną formę, czyli psychoterapię. Stanowi ona zamierzone i planowe działania, prowadzone przez odpowiednio wyszkolonych specjalistów, wobec osób o różnych zaburzeniach psychicznych, zaburzeniach zachowania czy problemach zdrowotnych, mające na celu zmianę ich wzorców zachowania czy struktur lub procesów psychicznych

(Cierpiałkowska, Czabała, 2005). W psychoterapii (oraz szerzej, w pomocy psychologicznej) niezbędne jest uruchomienie pewnych czynników, które pozwolą zrealizować wyznaczone cele pomocy. Modele (paradygmaty, szkoły) psychoterapii są określane przez zbiór założeń teoretycznych dotyczących czynników leczących oraz warunków koniecznych do wystąpienia zmiany, zdefiniowanej w ramach pewnych założeń (Cierpiałkowska, Czabała, 2005, s. 72; por. też Kratochvil, 2003). Jeśli chodzi o socjoterapię, to zarówno idea owych czynników, warunków koniecznych, jak i założeń teoretycznych jest bardzo niejasna, pozostawiona raczej wpływowi indywidualnego sposobu pracy socjoterapeuty niż opracowana na teoretycznym poziomie.

Myślenie o czynnikach pomocowych w socjoterapii zapożyczamy zatem z idei czynników leczących w psychoterapii, definiowanych tam jako „elementy procesu psychoterapii, które pomagają pacjentowi dokonać zmian niezbędnych do usunięcia lub zmniejszenia jego objawów (w tym także patologicznych zachowań)” (Czabała, 2009, s. 146). Te elementy procesu są intencjonalnie planowane i uruchamiane przez psychoterapeutę. Czynniki terapeutyczne wiążemy ze sposobami zmiany struktur intrapsychicznych lub zachowań, która ma być względnie trwała i leczyć – zmiana ma przesuwac osobę na kontinuum „zdrowie – choroba” w stronę zdrowia. Pojęcie czynnik terapeutyczny jest tutaj używane w wąskim znaczeniu, jako czynnik leczący, co pozwala na precyzyjniejsze określenie koniecznych zmian lub interwencji, jakie musi podjąć psychoterapeuta dla dobra pacjenta.

Zastanawiając się nad tym, czy w obszarze socjoterapii możliwe jest aktywowanie czynników terapeutycznych (leczących), pragniemy zwrócić uwagę na kilka kwestii i niejasności. Po pierwsze, w socjoterapii raczej nie spotykamy zasady jedności paradygmatycznej, mówiącej o konieczności oddziaływań w ramach jednego zestawu założeń na temat natury ludzkiej i możliwości oddziaływania (por. np. Czabała, 2009). Oddziaływania socjoterapeutyczne prowadzone są eklektycznie i z wykorzystaniem wielu różnorodnych metod i przez różnie wykształconych specjalistów. Może to utrudniać tworzenie się spójnego kanonu wiedzy i potem jej empirycznego weryfikowania w systematycznych badaniach naukowych, na przykład nad skutecznością oddziaływań socjoterapeutycznych (por. też John-Borys, 2005; Dragan, Oleksy, 2005). Po drugie, działania pomocowe i czynniki pomocowe związane są pracą grupową, ale nie wiadomo dokładnie, na ile uruchamiane są intencjonalnie przez socjoterapeutę i które z nich są specyficzne dla socjoterapii, a które występują w każdej formie grupowego oddziaływania pomocowego, nawet takiego, jak warsztat, trening czy grupa psychoterapeutyczna. Powstaje więc pytanie o specyfikę socjoterapii i odróżnienie jej od psychoterapii grupowej dzieci i młodzieży, która wykraczałaby poza kryterium miejsca uzyskiwania tej pomocy (np. oświata vs służba zdrowia). Czy

socjoterapia oferuje takie same warunki wprowadzania zmian w ludzkim funkcjonowaniu jak psychoterapia grupowa? Te dwie formy pomocy różnią się adresatami pomocy (ich potrzebami oraz doświadczanymi problemami), preferowanymi metodami pracy i wreszcie kompetencjami osób prowadzących socjoterapię i psychoterapię. W niniejszej pracy zakładamy, że cele terapeutyczne w socjoterapii muszą różnić się od celów terapeutycznych w psychoterapii grupowej dzieci i młodzieży, aby można było mówić o socjoterapii jako o odrębnej formie pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Po trzecie, praktyka socjoterapii w oświacie i placówkach opiekuńczo-wychowawczych jest tak różnorodna (ze względu na możliwości placówek i pewne niepowtarzalne rozwiązania socjoekonomiczne), że nie wiadomo, czy w ogóle można byłoby ustalić jednoznaczne zasady oddziaływań socjoterapeutycznych. Po czwarte, nadal pozostaje niejasna kwestia zakresu oddziaływań socjoterapeutycznych – na ile w ich wyniku możliwa jest zmiana wzorców zachowań lub struktur intrapsychicznych, a na ile jest to kompensacja deficytów w funkcjonowaniu społecznym uczestników, która nie musi wiązać się ze zmianami intrapsychicznymi.

Owe dylematy wydają się obecne w rozważaniach teoretycznych dotyczących socjoterapii, przykładowo Słysz (2008), pisząc o czynnikach mających realizować cele terapeutyczne w oddziaływaniach grupowych wobec dzieci i młodzieży, używa pojęcia „czynniki zmiany” w socjoterapii. W naszych rozważaniach pojęcie zmiany będzie odnosiło się zarówno do zmiany terapeutycznej (będącej głównym celem oddziaływań), jak i zmiany funkcjonowania w wyniku oddziaływań pomocowych, ukierunkowanych na tworzenie warunków wspierających rozwój. Te kwestie skłaniają nas do przyjęcia raczej określenia „czynniki pomocowe” niż „czynniki terapeutyczne” dla zjawisk, które celowo i planowo socjoterapeuta może uruchomić w procesie socjoterapii, będącym procesem pomocy psychopedagogicznej.

Podsumowując, idea czynników pomocowych wiązałaby się z interwencjami ukierunkowanymi na poprawę funkcjonowania, ale raczej wskutek wspieraniu rozwoju osobowego przez tworzenie bardziej sprzyjających warunków do realizacji własnych potrzeb, przy jednoczesnym dostosowaniu się do wymagań społecznych (por. Obuchowska, 1991). Zmiana byłaby w tym drugim wypadku raczej efektem oddziaływania na te warunki i miałyby charakter pośredni. Różnica ta znacząco wpływa na stawiane w praktycznej pracy socjoterapeutycznej cele (zmiana czy wspomaganie) i wraz z tym metody osiągnięcia celów.

Postulujemy tutaj pogląd, że w socjoterapii – mimo tego, że w nazwie mamy słowo „terapia” – uruchamia się raczej czynniki pomocowe, a nie terapeutyczne w rozumieniu „leczące”. Ma to na celu pokazanie umiaru w odniesieniu do oczekiwań od socjoterapii zmiany zachowania czy zmiany

struktur intrapsychicznych. Jednocześnie czerpiemy z wiedzy i opracowania czynników terapeutycznych (leczących), starając się zbadać, jakie jest miejsce tych czynników w socjoterapii oraz określić, jaką funkcję pełnią one w oddziaływaniach socjoterapeutycznych. Pragniemy zająć się kwestią czynników pomocowych w socjoterapii, ale nie rościmy sobie prawa do spójnego systemu założeń czy postulatów.

## 2. Listy czynników leczących w psychoterapii grupowej a oddziaływania socjoterapeutyczne

Irvin Yalom (Yalom, Leszcz, 2006; Vinogradov, Yalom, 2007; Cierpiatowska, Czabała, 2005) – klasyk psychoterapii grupowej, praktyk i badacz procesu terapii grupowej, zaproponował listę czynników leczących, uwzględniających zarówno warunki, jak i mechanizmy zmiany. Podobnie, w bardzo wpływowym opracowaniu na temat pomocy psychologicznej, przeglądu czynników pomocowych dokonali Corey i Corey (2008). Poniżej zostaną omówione poszczególne czynniki wraz z refleksją nad ich znaczeniem w socjoterapii, a w dalszej części pracy zostaną zaproponowane czynniki leczące, specyficzne dla procesu socjoterapii.

Yalom (2006) wymienia jedenaście głównych czynników leczących w psychoterapii grupowej. Jest to: zaszczepianie nadziei, uniwersalność, udzielanie informacji, altruizm, korektywne odtworzenie rodziny pierwotnej, rozwój umiejętności społecznych, naśladowanie, uczenie się interpersonalne, spójność grupy, katharsis, czynniki egzystencjalne. Corey i Corey (2008) scharakteryzowali również czynniki działające w grupie, zaliczając do nich: otwieranie się przed innymi, konfrontacja, informacje zwrotne, spójność i poczucie wspólnoty, nadzieja, gotowość do podejmowania ryzyka i do zaufania, życzliwość, troska i akceptacja, moc osobista, katharsis, czynnik poznawczy, motywacja do zmiany, swoboda eksperymentowania i humor. Przyjrzyjmy się po kolei tym czynnikom w kontekście psychoterapii grupowej oraz socjoterapii.

**Zaszczepienie nadziei** jest czynnikiem istotnym dla każdego rodzaju terapii, szczególnie na początku procesu zmiany i występuje w relacji z pomagającym i grupą (Czabała, 2009). Nadzieja, że można otrzymać pomoc i wiara w skuteczność leczenia umożliwiają trwanie w terapii, mimo ewentualnych niewygód lub przejściowych trudności oraz dają szansę na to, by zadziałały inne czynniki terapeutyczne. Nadzieja jest więc czynnikiem silnie związanym z relacją z pomagającym i grupą – może pojawić się zarówno pod wpływem czynników osobowych uczestnika grupy (np. inne doświadczenia pomocowe, poziom otwartości, poziom bazalnego zaufania interper-

sonalnego), jak i czynników po stronie socjoterapeuty i środowiska terapeutycznego. Również obserwowanie innych uczestników grupy, którzy zaczynają wprowadzać konstruktywne zmiany w swoim życiu, podnosi nadzieję na możliwość wprowadzania zmian w swoim własnym. Ten czynnik terapeutyczny wydaje się być istotny także w grupach socjoterapeutycznych, w których dzieci i młodzież, podejmując decyzję o uczestnictwie, konfrontują się jednocześnie z dylematem: czy i jakim kosztem możliwe jest wprowadzenie zmian we własnym sposobie funkcjonowania. Czasem sam fakt znalezienia się w grupie socjoterapeutycznej jest wyrazem nadziei na redukcję cierpienia lub na możliwość poprawy. Pomocne w utrzymywaniu nadziei u uczestników są realistyczne i jasno sprecyzowane przez socjoterapeutę cele uczestnictwa w grupie – zarówno wspólne dla wszystkich członków grupy, jak i indywidualne dla poszczególnych uczestników. Wydaje się też istotne, by socjoterapeuta pomógł uczestnikom grupy w formułowaniu konkretnych celów tak grupowych, jak i osobistych, dbając o ich korespondencję z własnymi celami i jednocześnie wiedząc, jakie cele są i atrakcyjne, i możliwe do osiągnięcia akurat dla tych uczestników, z którymi pracuje. Przy takim dopasowaniu celów socjoterapeuty i uczestników ci ostatni mają możliwość gromadzenia sekwencji celowych doświadczeń, które będą mogły wzmacniać przekonanie o zdolności poradzenia sobie w sytuacjach interpersonalnych lub ze zdarzeniami urazowymi z przeszłości. Nadzieję można więc rozumieć jako czynnik, który ewoluuje od początkowego zawierzenia grupie do kolekcjonowania doświadczeń, które uzasadniają podejmowane wysiłki i sprzyjają zaangażowaniu.

**Uniwersalizacja** (poczucie podobieństwa) dotyczy poczucia członków grupy, że problemy w funkcjonowaniu psychospołecznym nie są jednostkowe, ale że są podzielane przez innych. Ulgę przynosi odkrycie, że własne problemy nie są wyjątkowe i niespotykane, lecz także inni ludzie doświadczają wielu podobnych trudności. W socjoterapii uniwersalizm problemów wydaje się szczególnie istotny w wypadku dzieci i młodzieży mających poczucie izolacji społecznej, poczucie odmienności, osamotnienia i tajemnicy. Uniwersalizacja może pomagać w neutralizowaniu lęków społecznych związanych z tabu rodzinnym, występującym często na przykład w rodzinie alkoholowej, ponieważ zachęca do eksplorowania uczuć uczestników w bardziej otwarty sposób i w bardziej przyzwalających warunkach. Poczucie podobieństwa do innych zmniejsza też poczucie wykluczenia lub redukuje negatywne skutki wykluczenia społecznego, z którym dzieci i młodzież uczestniczący w socjoterapii (szczególnie jeśli są skierowani do tego typu pomocy) spotykają się bezpośrednio w swoich rodzinach lub pośrednio w swoim środowisku lokalnym.

**Udzielanie informacji** Yalom (2006) ujmuje jako przekazywanie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, choroby psychicznej oraz porady, sugestie

i wskazówki pochodzące od terapeuty lub innych członków grupy. Ten czynnik leczący jest z całą pewnością szczególnie istotny w wypadku grup socjoterapeutycznych, w których psychoedukacja jest istotnym elementem pracy z dziećmi i młodzieżą. Socjoterapeuci przekazują bowiem informacje na temat sposobów radzenia sobie ze stresem, konsekwencji zażywania środków psychoaktywnych, funkcjonowania w rodzinie z problemem alkoholowym, o cyklu żałoby i innych krytycznych wydarzeniach życiowych. Sugestie i wskazówki dotyczące sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach generowane są zarówno przez terapeutę, jak i innych członków grupy w odpowiedzi na problemy doświadczane przez konkretnego jej członka. Należy zaznaczyć, że w pracy z dziećmi i młodzieżą dużo większą wagę przykładana się do przekazywania konkretnych informacji, umożliwiających podejmowanie decyzji życiowych, niż w pracy z osobami dorosłymi (por. oświatowy model pomocy psychologicznej: Sikora, 2011).

**Altruizm** jako czynnik leczący polega na kształtowaniu się u członków grupy poczucia, że mogą zrobić coś dla innych. Pozwala to doświadczyć dawania, ofiarowania pomocy mimo (obok) świadomości, że samemu jest się potrzebującym, co przesuwając akcent z doświadczania własnych braków czy niekompetencji na własne zasoby i możliwości oraz na wrażliwość na potrzeby innej osoby. Uczestnicy socjoterapii, którzy mogą czuć się niepełnowartościowi lub mierzyć się z problemami związanymi z dawaniem i braniem wsparcia, skorzystają na tym szczególnie. W grupie socjoterapeutycznej prowadzący, poprzez modelowanie konstruktywnych zachowań oraz odpowiednio dobrane ćwiczenia, może ułatwiać dzieciom i młodzieży doświadczanie udzielania pomocy innym członkom grupy oraz przyjmowania pomocy. W efekcie można uzyskać większą spójność grupy i utrzymywać klimat współpracy.

**Korektywna rekapitulacja pierwotnej grupy rodzinnej** (korektywne doświadczenie rodziny pierwotnej) jest istotnym czynnikiem w psychoterapii grupowej, gdyż większość osób przystępujących do terapii ma za sobą doświadczenia niesatysfakcjonujących relacji w rodzinie pierwotnej, których reperkusje będą pojawiać się w społecznym świecie grupy. Grupa, zdaniem Yaloma (2006), przypomina rodzinę pod wieloma względami: są w niej postaci autorytetów/rodziców, postaci rówieśników/rodzeństwa, którzy indukują głębokie osobiste przeżycia, silne emocje i bliską zażyłość, a także wrogi uczucia oparte na współzawodnictwie. Grupy prowadzone przez zespół złożony z kobiety i mężczyzny będą z dużym prawdopodobieństwem odwzorowywać układ rodzicielski. Zakłada się, że uczestnicy będą wchodzić w interakcje z terapeutą i innymi członkami w formie przypominającej interakcje z rodzicami i rodzeństwem i na tej podstawie – przy możliwości badania, jak te interakcje się rozgrywają – będą mogli uzyskać wgląd

we własny udział w tworzeniu tych relacji. Jako że grupa daje możliwości aktywizowania się różnorodnych przeniesień (np. na prowadzących, na członków grupy i na grupę jako całość), rekapitulacja rodziny pierwotnej będzie pojawiała się również w socjoterapii, inny będzie jednak sposób jego przepracowania. Socjoterapia jest bowiem w warstwie pracy terapeutycznej dużo mniej pogłębiona i mniej ukierunkowana na wgląd i uświadomienie treści nieświadomych niż psychoterapia grupowa. Dzieci i młodzież będą więc najprawdopodobniej odtwarzać znane im z rodziny pierwotnej relacje (w związku ze zjawiskiem grupowości), zadaniem socjoterapeuty będzie jednak nie tyle konfrontowanie i interpretowanie przeniesień, ile rozumienie tych procesów i korzystanie z tak zdobytej wiedzy w diagnozowaniu indywidualnych problemów uczestnika i na tej bazie wsparcie swoich oddziaływań, które mogą koncentrować się na przykład na reagowaniu w stosunku do członka grupy w inny sposób niż członkowie rodziny (korektywne doświadczenie emocjonalne). Zatem ważne jest, aby socjoterapeuta rozumiał zachowanie członka grupy w kontekście jego relacji z ważnymi osobami z przeszłości; ponieważ jednak w grupie występuje wielość przeniesień, to pomocna w tym jest superwizja własnej pracy z grupą. Socjoterapeuta ma za zadanie kształtować relacje pomiędzy członkami grupy oraz własne zachowanie w stosunku do poszczególnych osób w grupie tak, aby uczestnicy zbudowali poczucie, że mogą być traktowani w jakiś sposób inaczej niż dotychczas. Szczególnie w wypadku uczestników, którzy mają wzorce negatywnych relacji interpersonalnych, takie doświadczenie korektywne może wpłynąć na destabilizację wzorców negatywnych lub na stworzenie alternatywnych wzorców relacji.

**Rozwój umiejętności społecznych** jest czynnikiem terapeutycznym, który zdaniem Yaloma (2006) działa we wszystkich grupach terapeutycznych. Autor ten podkreśla jego znaczenie w grupach dla adolescentów. Kształtowanie poszczególnych umiejętności społecznych, takich jak: umiejętność komunikacji interpersonalnej, radzenie sobie z emocjami, asertywność, społecznie akceptowane wyrażania złości, radzenie sobie ze stresem, to tylko niektóre z celów zazwyczaj stawianych przed dziećmi i młodzieżą uczestniczącymi w zajęciach socjoterapeutycznych. Umiejętności te nabywane są przez członków grup socjoterapeutycznych z jednej strony poprzez bycie razem w grupie na równych prawach czy uczestniczenie w społeczności dzielącej wspólne wartości, z drugiej zaś poprzez branie udziału w ćwiczeniach proponowanych przez socjoterapeutę, które mogą zwiększać prawdopodobieństwo rozwoju wybranych przez socjoterapeutę – zgodnie z celami jednostkowymi i grupowymi – częściowych umiejętności społecznych. Spotkania grup socjoterapeutycznych są, wskutek ukierunkowania na kształtowanie wybranych umiejętności społecznych, zazwyczaj dużo bardziej ustrukturalizowane niż grupy psychoterapeutyczne.

**Naśladowanie** polega na uruchamianiu zjawiska modelowania społecznego – intencjonalnego lub przypadkowego powołania roli modela, którym może stać się terapeuta lub inny członek grupy. Członkowie grupy czerpią korzyści z obserwacji terapii jednego z nich z podobną konstelacją problemów – zjawisko to zwane jest terapią zastępczą lub terapią widza (Yalom, 2006). Z kolei naśladowanie zachowań socjoterapeuty jest ważne szczególnie w kontekście rozwoju tożsamości u dzieci i młodzieży. Dla dzieci i młodzieży pozytywny model jest istotny nie tylko ze względu na możliwość powtarzania podobnych zachowań czy wzorców komunikacyjnych – chociaż samo imitowanie zachowań może zwiększać ich dostępność w przyszłości – lecz przede wszystkim służy jako dostępna osoba, z którą można się zidentyfikować. Czynniki leczące związane z identyfikacją z pozytywnym dorosłym, bazujący na naśladowaniu, zostaną opisany w dalszej części pracy, gdyż wydaje się w socjoterapii pełnić rolę szczególną.

**Uczenie się interpersonalne i odbiór informacji zwrotnych** jest, według Yaloma (2006), złożonym i szerokim czynnikiem terapeutycznym, stanowiącym odpowiednik takich ważnych czynników terapeutycznych w psychoterapii indywidualnej, jak wgląd, przepracowanie przeniesienia czy korektywne doświadczenie emocjonalne. Zdaniem tego autora symptomatologię psychiczną można rozumieć jako pochodną zaburzonych relacji interpersonalnych (pracując w ten sposób prowadzący dokonuje translacji problemów psychologicznych na interpersonalne, z którymi praca w grupie jest możliwa). Grupa psychoterapeutyczna jest społecznym mikrokosmosem, miniaturą reprezentacją świata społecznego, zaś codzienne trudności uczestników odgrywane są w grupie tak, że mogą oni ponownie doświadczyć swojej sytuacji problemowej w warunkach grupy. Wówczas członkowie grupy, reagując na odgrywającego swoją sytuację problemową uczestnika, dają mu informacje zwrotne. Niekoniecznie chodzi tutaj o informacje zwrotne wyrażane wprost, ale o reakcje na innych (uczucia, opinie, potrzeby, zachowania), którymi potem można posłużyć się przy objaśnianiu funkcjonowania uczestnika (uwzględniając oczywiście jego gotowość na takie doświadczenie). W ten sposób, na drodze interpersonalnej, tworzy się wiedza na temat znaczących aspektów swoich zachowań (zarówno własnych zasobów, jak i zachowań nieadaptacyjnych) czy wpływu swojego zachowania na uczucia innych. Uczestnicy mają możliwość dostrzeżenia własnej odpowiedzialności za kreowanie swojego świata interpersonalnego i mogą podjąć działania, które przybliżą ich do osiągnięcia pożądanego stanu. Stopniowo zostaje uruchomiona spirala adaptacyjna, najpierw wewnątrz, a następnie na zewnątrz grupy – doświadczenia w grupie są zrozumiane w kontekście grupy i potem przenoszone na relacje poza grupą (por. też czynniki określone

swobodą eksperymentowania, motywacją do zmiany oraz gotowością do konfrontacji, wymieniane przez Coreyów (2006).

Idea mikrokosmosu społecznego wydaje się być obecna także w socjoterapii. Wskażmy tu sytuacje, gdy socjoterapeuta jest skłonny dopuszczać różne interakcje między uczestnikami, aby potem próbować odnieść występujące w grupie zjawiska do zjawisk z życia społecznego uczestnika lub gdy potrafi korzystać ze zjawisk grupowych – jako wskaźników funkcjonowania interpersonalnego – w diagnozowaniu problemów uczestnika. Jednak przy dużej strukturyzacji pracy w grupie (np. gdy z dużą częstotliwością proponowane są gry interakcyjne lub inne ćwiczenia ustrukturuwane lub gdy plan spotkania jest silnie doprecyzowany i uwzględnia głównie wykonywanie zadań, nie zaś pracę na procesie grupowym), potencjał społecznego mikrokosmosu jako wolnej przestrzeni dla różnych interakcji może być znacznie ograniczony.

Udzielanie i przyjmowanie informacji zwrotnych jako czynniki obecne w pomocy grupowej również opracowali Corey i Corey (2008), którzy zwrócili uwagę na zasady udzielania informacji zwrotnych. Jeśli są one udzielane szczerze i życzliwie, odbiorca ma szansę zrozumieć, jakie wrażenie wywiera na otoczeniu i zdecydować, czy i jakie zmiany chce wprowadzić w kontaktach z innymi ludźmi. Powinny być one: jasne, zwięzłe, na temat, unikające dawania rad czy ogólnych opisów, nieoceniające, udzielone we właściwym momencie. W socjoterapii ważne jest właściwe modelowanie informowania zwrotnego przez socjoterapeutę. Niezwykle istotne jest też nabywanie umiejętności stosowania przez członków grupy komunikatów typu „ja”. Wydaje się, że wprowadzenie takiego tematu w formie psychoedukacji jest bardzo przydatne w pracy z grupą w socjoterapii.

**Spójność grupy** jest, zdaniem Yaloma (2006), warunkiem wstępnym optymalnego działania pozostałych czynników leczących, a nie samoistną siłą terapeutyczną. Według niego spójność w terapii grupowej jest odpowiednikiem relacji terapeutycznej w terapii indywidualnej. Jak wskazują badania nad skutecznością psychoterapii (por. np. Cierpiałkowska, Czabała, 2005), dobra relacja terapeutyczna, oparta na przymierzu do pracy, związana jest z powodzeniem terapii. Czynnikiem relacyjny w psychoterapii grupowej obejmuje relację osoby z terapeutą grupowym, z innymi członkami i z grupą jako całością. Jest to rezultat różnorodnych sił działających w grupie na wszystkich jej członków, dlatego spójność grupy rozpatrywana może być w różnych wymiarach – wzajemne interakcje i struktura komunikacji, lubienie (socjometria) czy uzupełnianie się ról grupowych. Spójność w perspektywie wewnętrznej (członków grupy) obejmuje poczucie przynależności do grupy, poczucie akceptacji przez grupę oraz wsparcie ze strony grupy. Spójność grupy umożliwia uruchomienie tzw. pozytywnej pętli samowzmocnie-

nia: zaufanie – odsłonięcie się – empatia – akceptacja – zaufanie (Roarck, Sarah, za: Yalom, 2006). Corey i Corey (2006) podobne procesy, które są związane z wysokim poziomem spójności grupy, określają mianem czynnika otwierania się przed innymi oraz gotowości do podejmowania ryzyka i zaufania innym. Podstawą spójności jest przynależność do grupy. Uczestnictwo w grupie (frekwencja) jest silnie powiązane ze spójnością – grupy spójne motywują do uczestnictwa, z kolei regularne uczestnictwo wzmacnia spójność. Przedwczesne zakończenie pracy w grupie wyklucza uzyskanie korzyści dla uczestnika, a także hamuje postępy całej grupy. W warunkach akceptacji i zrozumienia uczestnicy są bardziej skłonni do wyrażania siebie, do uświadamiania sobie i integrowania nieakceptowanych aspektów swojego „Ja”, do nawiązywania głębszych relacji z innymi.

Spójność umożliwia wyrażanie nie tylko pozytywnych emocji, ale także wrogości i konfliktów. Ujawnienie negatywnych emocji i konstruktywna praca z konfliktem są konieczne, by nastąpiło skuteczne uczenie interpersonalne (Yalom, 2006). W socjoterapii czynnik ten wydaje się być równie ważny jak w psychoterapii grupowej. Yalom (2006) podkreśla, że jest on istotny nie tylko w psychoterapii, lecz w każdym rodzaju grup. Dzieci i młodzież, aby doświadczyć pozytywnych zmian we własnym funkcjonowaniu, opierając się na doświadczeniu pracy w grupie, muszą czuć przynależność do tej grupy. Poczucie akceptacji ze strony innych uczestników i socjoterapeuty jest podstawą do własnego zaangażowania. Atrakcyjność grupy, odczuwanie chęci funkcjonowania w niej są podstawą budowania zdrowych relacji oraz ujawniania własnych myśli i emocji w relacjach z innymi. Związana ze spójnością idea „grupy jako całości” dotyczy także wymiaru tożsamości grupowej, grupowego „my”, która jest siłą wspierającą wobec indywidualnych aktywności uczestników (Aronson, 2012).

Jako przykład spójności grupy, rozumianej z perspektywy tworzenia wspólnego mianownika grupowego, posłużyć może idea grupy-matki Scheidlingera (za: Aronson, 2012), która odwołuje się do ukrytego celu członków grupy, aby odtworzyć stan nieskonfliktowanego dobrostanu, charakterystycznego dla bardzo wczesnej więzi matka-dziecko. Tęsknota za powrotem do matki i otrzymaniem niczym nie skażonych gratyfikacji może być wykorzystana jako siła identyfikacji i połączenia z grupą jako całością oraz przyczyniać się do wzrostu poszczególnych jednostek. Spójność może być zatem rozumiana również jako siła obecna w procesie grupowym (por. Jedliński, 2008), mogąca mieć ukryty, niejawnny charakter, tworząc zasady podstawowe, wyznaczone nieświadomymi fantazjami (por. Bion, za: Gabbard, 2009). Przykładowo powstać może określony kod grupy – system założeń odnoszący się do procesu i wspólnie podzielanych przekonań wśród uczestników (Aronson, 2012). Nie musi on mieć pozytywnego wydźwięku –

grupa socjoterapeutyczna może utrzymywać przekonanie, że jest „złą grupą”, ponieważ uczestnicy zostali skierowani do niej z powodu mniej lub bardziej wyraźnych dysfunkcji.

**Katharsis**, czyli uwolnienie się od silnych, dotychczas tłumionych uczuć, nie jest traktowane jako terapeutyczne samo w sobie, ale o jego pomocowym znaczeniu świadczy możliwość poznawczego opracowania emocjonalnego doświadczenia (por. czynnik poznawczy, Corey, Corey, 2006). Wokół tego czynnika pojawia się w literaturze przedmiotu wiele kontrowersji (Kratochvíl, 2003; Tryjarska, 2000). Zdaniem Tryjarskiej (2000) odreagowanie może polegać na dzieleniu się z grupą wydarzeniem wraz z towarzyszącymi mu silnymi emocjami, a także na wyrażeniu uczuć niemożliwych dotychczas do wyrażenia, np. wściekłości, strachu, rozpacz, poczucia krzywdy, poczucia winy. Uczestnicy grupy są zazwyczaj zdolni do współprzeżywania z osobą wyrażającą trudne emocje, dając jej dużo zrozumienia, wsparcia, akceptacji, osoba odreagowująca natomiast przeżywa ulgę związaną z uwolnieniem się od tłumionych uczuć i dotąd nienazwanych napięć. Opisana tutaj wentylacja uczuć może być lecząca, jeżeli w jej następstwie pojawia się w człowieku nowe zrozumienie własnego doświadczenia wewnętrznego lub gdy jest częścią procesu uczenia interpersonalnego. Konieczne jest więc nie tyle wyrażenie tłumionych uczuć, ale raczej zrozumienie ich pochodzenia i konsekwencji interpersonalnych.

Ujawnianie silnych emocji podwyższa spójność grupy, ale jednocześnie jest zjawiskiem, które może się pojawiać w grupie dopiero wtedy, gdy osiągnęła już ona pewien stopień spójności. W pracy socjoterapeutycznej katharsis świadczy o pewnym poziomie zaufania do grupy, o postrzeganiu jej jako miejsca na tyle bezpiecznego, że trudne uczucia mogą się pojawić. Choć jest bardzo prawdopodobne, że grupa zareaguje wsparciem, warto też mieć na uwadze rozróżnienie między katharsis a trudnościami w regulacji afektu, jakie występować mogą u osoby chronicznie lub incydentalnie (w jakim stopniu uwarunkowane są one problemami osobowościowymi, w jakim zaś sytuacyjnie). Pozostaje też pytanie, na ile możliwa jest terapeutyczna praca z wykorzystaniem katharsis w danej grupie socjoterapeutycznej – tzn. w jakim zakresie cel ten jest realistyczny do osiągnięcia w konkretnych warunkach. Odreagowanie uczuć podczas socjoterapii często może przebiegać w sposób zainicjowany przez terapeutę lub pojawić się samoistnie jako wynik omawianych kwestii. W pierwszym wypadku socjoterapeuta podczas zajęć uczy członków grupy sposobów odreagowania napięć, stosując np. elementy choreoterapii, muzykoterapii, arteterapii lub ucząc właściwych sposobów komunikacji. Terapeuta przedstawia sytuacje, które mogą doprowadzić do trudnych emocji i przekazuje informacje oraz kształtuje umiejętności radzenia sobie z takimi emocjami. Podczas takich zajęć nie jest konieczne anali-

zowanie biografii poszczególnych członków grupy (co mogłoby przekraczać zadania socjoterapii), lecz dokonuje się to po prostu poprzez omawianie sytuacji, które „mogły” się zdarzyć. W drugim wypadku pewne omawiane kwestie lub pojawiające się problemy powodują ujawnienie u uczestnika znacznych emocji, związanych z trudnymi przeżyciami. Wówczas bardzo istotna jest akceptująca postawa socjoterapeuty i grupy oraz wsparcie udzielone ujawniającej emocje osobie. Zadaniem socjoterapeuty wydaje się być nie doprowadzenie do wglądu na głębokim poziomie, lecz wykazanie postawy akceptującej oraz omówienie problemu ujawnionego przez członka grupy.

**Czynniki egzystencjalne** odwołują się do obszaru świadomości człowieka, w którym jest on odpowiedzialny za poszukiwanie znaczenia swojego życia, zadaje pytania o sens egzystencji, o ważne wartości w życiu, granice odpowiedzialności za własne życie, wagę bliskości z ludźmi, kwestię cierpienia czy samotności. Czynniki te zostały wyodrębnione na podstawie badań empirycznych – okazało się, że sami pacjenci wysoko cenili zmiany we własnym stosunku do życia w związku z udziałem w psychoterapii. Wydaje się też, że refleksja egzystencjalna jest raczej ważnym czynnikiem ubocznym procesu zmiany lub kwestią pewnej konfiguracji interpersonalno-środowiskowej w grupie (gdyma przykład jest w niej osoba, która w kontekście sytuacji życiowej wnosi tematykę egzystencjalną), a nie czynnikiem, który bezpośrednio i intencjonalnie można wywoływać. Zdaniem Tryjarskiej (2000) jest bardzo prawdopodobne, że niezależnie od świadomych zamierzeń psychoterapeutów (a nawet wbrew próbom unikania tego, dla zachowania zasady wstrzeźliwości terapeutycznej – por. Corey, 2005), przekazują oni pośrednio pacjentom elementy preferowanego przez siebie systemu filozoficznego czy systemu wartości. Odnosząc te rozważania do socjoterapii, warto zauważyć, że z jednej strony refleksja nad własną biografią i związane z tym snucie opowieści o swoim życiu w egzystencjalnych terminach jest zjawiskiem rozpoczynającym się dopiero w adolescencji i charakterystycznym dla dorosłości (por. McAdams), z drugiej zaś strony to właśnie dzieci i młodzież są bardzo podatne na wpływ systemu wartości. Doświadczenia, takie jak poczucie cierpienia czy poczucie sensu, są u nich obecne, tylko czasem brakuje im narzędzi poznawczych (możliwości objęcia refleksją, nazwania adekwatnymi słowami), aby poradzić sobie z nimi samemu. Dlatego czynniki egzystencjalne w socjoterapii uznajemy za czynniki uruchamiane raczej w reakcji na potrzeby dzieci i młodzieży, które socjoterapeuta identyfikuje jako aktualnie istotne (co nie zawsze oznacza zgłaszane wprost), niż jako czynniki będący w głównym repertuarze socjoterapeuty.

**Humor** wydaje się być szczególnie istotny w pracy z dziećmi i młodzieżą. Umożliwia zastosowanie interwencji terapeutycznej w łatwiejszej do przyjęcia formie. Może być szczególnie istotny, gdy stosujemy konfrontację

(Bramer, 1973), tzn. pokazujemy różnice pomiędzy deklaracjami a zachowaniem danej osoby. Przekazanie takiej informacji w sposób żartobliwy może spowodować, że nie zostanie ona odrzucona przez osobę, do której informację tę kierujemy. Należy jednak pamiętać, że taki sposób komunikacji może być niewskazany dla niektórych członków grupy. Często kierowane na socjoterapię są dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. W literaturze przedmiotu w tej grupie wyróżnia się specyficzne role, które podejmują dzieci. Najczęściej wyróżnia się role: bohatera rodzinnego, kozła ofiarnego, dziecka zagubionego, maskotki. Ostatnia z wymienionych warunkuje specyficzne podejście do problemów, polegające na obracaniu w żart każdej nawet najtrudniejszej sytuacji. Funkcją takiego sposobu komunikacji jest niedopuszczenie do przeżywania innych, bardziej zagrażających uczuć. Należy podkreślić, że w wypadku takich osób stosowanie żartu i humoru jest niewskazane, gdyż umacnia obronny sposób funkcjonowania, co utrudnia rozwój (Robinson, Rhoden, 2008).

Wymienione tutaj za Yalomem (2006) i Coreyami (2006) czynniki identyfikujemy jako zjawiska obecne w oddziaływaniach socjoterapeutycznych, gdyż związane są one z pracą psychologiczną w grupie. O tym, czy są to czynniki terapeutyczne (leczące) czy pomocowe decyduje głębokość i zakres ich wykorzystania. Tak jak w terapii grupowej dzieci i młodzieży można je wykorzystać dla intencjonalnej zmiany zachowań lub struktur intrapsychicznych, tak w socjoterapii stanowią one możliwy zestaw zjawisk, które mają potencjał wywoływania pożądanych zmian, stanowiąc ważną bazę dla efektywnej pracy grupowej.

Nie każdy z wymienionych w niniejszym przeglądzie czynników w równym stopniu będzie odnosił się do grup dzieci i młodzieży, a szczególnie do grup socjoterapeutycznych (Aronson, 2012). Shechman i Gluck (2005) twierdzą na przykład, że najbardziej istotnymi czynnikami dla pracy grupowej z dziećmi są: spójność grupowa, katharsis oraz interpersonalne uczenie się. Jednak dla dzieci pochodzących z rodzin, w których występuje nadużycie, inne czynniki mogą okazać się szczególnie znaczące, przykładowo rekapitulacja rodziny pierwotnej wraz z wyobrażeniami i oczekiwaniami wyłaniającymi się w formie przeniesień wobec socjoterapeutów czy członków grupy (Aronson, 2012).

### **3. Wybrane czynniki pomocy grupowej w socjoterapii**

Poniżej przedstawiono propozycję czynników pomocowych najbardziej charakterystycznych dla socjoterapii. Lista składa się zarówno z czynników, które znajdujemy w przeglądzie literatury (por. wyżej – dlatego zostaną one

tu jedynie wymienione, dla podkreślenia ich wagi), jak i z takich, które wyodrębniają się na ich podstawie i są na tyle specyficzne, że naszym zdaniem wymagają dokładniejszego omówienia. Wśród charakterystycznych dla socjoterapii, a omówionych wcześniej czynników pomocowych wyróżniamy: przekazywanie wiedzy i informacji, spójność grupy, odreagowywanie, trenowanie umiejętności społecznych i humor.

Czynniki, które chcemy omówić szczegółowiej to: identyfikacja z pozytywnym dorosłym, towarzyszenie w przeżywaniu kryzysów rozwojowych, przestrzeganie zasad i norm obowiązujących w grupie oraz przekazywanie wartości. Są to czynniki, które występują w powiązaniu z ideą pracy grupowej, ale wiążą się ze specyficznymi właściwościami adresatów oddziaływań.

### **3.1. Identyfikacja z pozytywnym dorosłym**

Identyfikacja z ważnymi osobami z naszej biografii wydaje się być jednym z podstawowych mechanizmów rozwojowych. Może też być związana z procesami społecznego uczenia się lub pełnić funkcje obronne. W każdym z tych obszarów definiuje się identyfikację przez odniesienie jednej rzeczy do innej i stwierdzenie między nimi tożsamości czy identyczności. Tutaj rozumiemy ją głównie rozwojowo i zgodnie z koncepcjami społecznego uczenia się – jako uczenie się ról społecznych poprzez upodobnienie się i przejęcie pewnych właściwości.

W obszarze psychoterapii często wskazuje się na wagę identyfikacji pacjenta z psychoterapeutą i uznaje się ją za ważny czynnik leczący, wspólny dla wielu szkół psychoterapii. Procesy te oznaczają naśladowanie zachowań, sposobu myślenia i przeżywania pomagającego (Sokolik, 2005). Należy jednak zaznaczyć, że identyfikacja jest złożonym procesem, pociągającym za sobą nie tylko naśladowanie cudzych zachowań, ale także przyjęcie cudzego systemu wartości (Grzesiuk, 2005). Jest więc czymś pomiędzy naśladowaniem a internalizacją.

Pomocna w rozumieniu procesów identyfikacji z socjoterapeutą może być koncepcja wywierania wpływu H.C. Kelmana. Kelman (za: Orlik-Marciniak, Soroko, 2005), dokonując analizy mechanizmów wywierania wpływu, wyróżnia trzy procesy zmian u odbiorców, związane z wpływem społecznym: uleganie, identyfikacja i internalizacja. Procesy te można obserwować u dzieci i młodzieży w grupach socjoterapeutycznych. Pierwszy wyróżniany przez Kelmana mechanizm to uleganie (podporządkowanie). Odbiorca wpływu ulega narzuconym przez nadawcę normom, zasadom, schematom, planom dlatego, że jest zależny od nadawcy i nie potrafi przeciwstawić się

presji. Ma nadzieję, że wywoła dzięki temu pozytywną reakcję nadawcy wpływu (osoby lub grupy), uzyskując w ten sposób określoną nagrodę bądź unikając kary. Motywem zmiany jest strach przed karą, którą może nam wymierzyć nadawca wpływu z racji władzy i naszej względem niego zależności (taką władzę ma rodzic nad dzieckiem lub pracodawca nad pracownikiem). Uleganie nie jest najskuteczniejszym ze sposobów kreowania zmiany, ponieważ zmiana wywołana w ten sposób jest też nietrwała i – by mogła się skutecznie utrzymać – niezbędna jest nieustanna kontrola ze strony wpływającego. Kiedy presja i kontrola ustają, wcześniejsze zachowanie najczęściej powraca. Prowadzący grupę socjoterapeutyczną, wprowadzając określone reguły pracy i cele do których grupa będzie dążyć, musi pamiętać, aby zasady panujące w grupie były przedyskutowane z uczestnikami i aby akceptowali oni cele pracy. W innym wypadku przeżywać oni będą reguły zajęć jako narzucone siłą, a podporządkowanie się im wynikać będzie wyłącznie z lęku przed karą. Zmiana w zachowaniu uczestników nie utrwali się i dotyczyć będzie wyłącznie funkcjonowania podczas zajęć, nie przenosząc się poza grupę. Aby przeciwdziałać takiemu sposobowi funkcjonowania uczestników grupy wprowadzany jest na początku pracy grupy kontrakt, który tworzą wszyscy uczestnicy podczas wspólnej dyskusji i który powinien być przez wszystkich zaakceptowany.

Drugi wskazywany przez Kelmana mechanizm to identyfikacja – czyli akceptowanie przez odbiorcę wywieranego na niego przez nadawcę wpływu, z powodu chęci uzyskania lub podtrzymania z nadawcą (może to być grupa osób lub jednostka) satysfakcjonującej relacji. Odbiorca zmienia się wskutek swego pragnienia upodobnienia się do osoby/grupy będącej źródłem władzy. W wypadku identyfikacji – podobnie jak przy uleganiu – osoba zachowuje się w określony sposób nie dlatego, że takie zachowanie samo przez się daje nam zadowolenie. Podczas identyfikacji odbiorca zachowuje się tak, jak nadawca wpływu, który modeluje nasze zachowanie poprzez identyfikację, ze względu na satysfakcję, jaką czerpie z podtrzymywania z nim stałej relacji. Identyfikacja różni się od ulegania o tyle, że zmiana u odbiorcy nie dotyczy tylko zachowania, ale również automatycznie przejmowanych od osoby, z którą się identyfikujemy, przekonań i wartości. Identyfikacja bazuje na pozytywnych emocjach, które łączą nadawcę i odbiorcę. Czas trwania zmiany poprzez identyfikację może być długi i może ona przejść w internalizację. Jednak zmiana pod wpływem identyfikacji może też trwać krótko, zwłaszcza gdy nagle staną się dla odbiorcy wpływu widoczne mniej podziwiane aspekty źródła oddziaływania lub będzie miało miejsce wysycenie związkiem z nadawcą.

Ze względu na okres rozwojowy, w jakim znajdują się uczestnicy zajęć socjoterapeutycznych, poszukują oni wzorców do identyfikacji. Socjoter-

peuta może być takim wzorem wskutek nawiązania z uczestnikami pozytywnej relacji emocjonalnej. Dzieci i młodzież poddawane oddziaływaniom socjoterapeutycznym często pochodzą ze środowisk rodzinnych, w których takich pozytywnych wzorców brakuje. Socjoterapeuta może spodziewać się, że uczestnicy grupy będą go pytać o zdanie w ważnych dla nich sprawach, będą ciekawi jego sposobu przeżywania różnych kwestii czy też jego biografii. Wydaje się, że od socjoterapeuty nie należy wymagać takiej neutralności jak od psychoterapeuty. W pewnych granicach ujawnianie się przez socjoterapeutę i większa wyrazistość mogą ułatwić proces identyfikacji z nim. Nie bez znaczenia dla procesu identyfikacji są też reakcje grupy jako całości i poszczególnych jej uczestników, którzy także podejmują określone zmiany we własnym funkcjonowaniu, dając w ten sposób społeczne wsparcie dla zmian dokonywanych przez określonego uczestnika grupy. Identyfikacja zatem zachodzić będzie nie tylko między uczestnikiem a socjoterapeutą, ale także wzajemnie między uczestnikami.

Problematyka identyfikacji jest związana z czynnikami leczącymi omówionymi wcześniej, takimi jak naśladowanie i modelowanie. Grzesiuk (2005, s. 451) podaje, że modelowanie rozumiane jest zarówno jako (1) naśladowanie, kopiowanie, imitacja czy granie ról, jak i (2) procedura, w trakcie której obserwowane są określone zachowania modelu, a następnie naśladowane. Cytowana autorka zaznacza, że czasami w literaturze przedmiotu zjawisko modelowania jest różnicowane od naśladowania, które oznacza wierne kopiowanie cudzych zachowań, podczas gdy modelowanie wyraża tę samą jakość zachowania, ten sam nastrój dostosowany do okoliczności. Zjawisko to wykracza poza zewnętrzne upodobnienie się do modelu, ponieważ powoduje przejęcie zachowań stanowiących symboliczne równoważniki jego reakcji. Skutkiem modelowania są często zachowania wzbogacone o nowe elementy lub twórczo modyfikowane. Modelowanie określane jest jako uczenie się za pomocą doświadczeń zastępczych, jako nauka bez doświadczenia oraz uczenie się przez obserwację czy naśladownictwo. Istotą modelowania jest obserwowanie innej osoby – np. socjoterapeuty lub innych osób uczestniczących w grupie socjoterapeutycznej – która demonstruje zachowanie, jakiego obserwator ma się nauczyć. Podczas modelowania reakcje emocjonalne modelu wywołują tę samą emocjonalną odpowiedź u obserwatora (co bywa określane zastępczym warunkowaniem emocji – Grzesiuk, 2005). Naśladowanie prostych reakcji, przejawianych przez terapeutę lub innych członków grupy, może być pierwszym krokiem w nabywaniu bardziej złożonych umiejętności interpersonalnych. Modelowane mogą być zarówno zachowania społeczne, jak i reakcje emocjonalne. W pierwszej fazie naśladowanie dotyczyć może: sposobu mówienia, komunikacji niewerbalnej, sposobu ubierania a następnie bardziej złożonych umiejętności, np. re-

agowania na krytykę, komunikowania własnych potrzeb. Modelowanie i naśladowanie może być też początkiem procesu identyfikacji z socjoterapeutą.

Trzeci wyróżniany przez Kelmana mechanizm to internalizacja – jest to najbardziej efektywna i najtrudniejsza dla nadawcy forma wpływu społecznego, ponieważ jednostka akceptuje zmianę i adaptuje ją jako część swego własnego obrazu, własnego systemu wartości. To najtrwalsza reakcja na wpływ społeczny. Niewątpliwie ta forma zmieniania trwa dłużej niż dwie poprzednie, tu jednak szczególnie potrzeba czasu, aby zmiana mogła się pojawić. Jeśli zaistnieje silna zewnętrzna presja, najprawdopodobniej nastąpi spowolnienie zmiany. Dla sprawności internalizacji ważne jest, aby jednostce zezwolić na osobiste angażowanie się w jej własnym tempie. A jeśli już takie zaangażowanie zaistnieje, zmiana dotyczy przekonań – a wraz z nimi zachowań, emocji – i staje się względnie trwała i stała. Z pewnością taka właśnie zmiana byłaby celem oddziaływań socjoterapeutycznych, szczególnie w zakresie internalizacji wzorów regulacji własnego zachowania. Aby mogła ona nastąpić, prowadzący grupę musi okazać się dla uczestników godny zaufania i wiarygodny. Nie powinien naciskać na uczestników grupy w celu szybkiego wprowadzania konkretnych zachowań, lecz być otwarty na dyskusję i niepewność.

Jeśli grupa socjoterapeutyczna jest prowadzona przez dwóch terapeutów różnej płci, to w kontekście identyfikacji przynosi to dodatkowe korzyści, umożliwiając z jednej strony dostępność w zakresie obiektu identyfikacji dla chłopców i dziewcząt, a z drugiej pokazując sposoby odnoszenia się prowadzącego i współprowadzącego do siebie jako możliwe i pożądane wzorce (modele) komunikacji.

### **3.2. Towarzystwo w przeżywaniu kryzysów rozwojowych**

Dzieci i młodzież uczęszczające na socjoterapię z całą pewnością będą przeżywać w jej trakcie kryzysy rozwojowe związane z podejmowaniem kolejnych zadań rozwojowych i z przechodzeniem przez fazy rozwoju psychospołecznego (por. Erikson, 2000; Brzezińska, 2004). Wśród wielu konceptualizacji idei kryzysu rozwojowego szczególnie ważne jest podejście Brzezińskiej (2000), według której kryzys rozwojowy jest przełomem związanym z nabywaniem nowych kompetencji i powstawaniem nowych całości, łączących w sobie na coraz to nowych zasadach, zgodnych z logiką rozwoju w danym obszarze, kompetencji już opanowanych we wcześniejszych etapach rozwoju i kompetencji opanowywanych aktualnie. Kryzys jest więc nieuniknionym zjawiskiem w normalnym rozwoju (por. np. model cykliczno-

-fazowy zmiany rozwojowej, Brzezińska, 2000) i jest z jednej strony szansą, a z drugiej zagrożeniem. Każdy kryzys rozwojowy wiąże się z doświadczaniem negatywnych emocji i konfliktów (Newman, Newman, za: Brzezińska, 2000) i często podkreśla się potrzebę wsparcia społecznego w kryzysie (por. też Kubačka-Jasiecka, 2010). W grupie socjoterapeutycznej kwestia towarzyszenia w przeżywaniu kryzysów rozwojowych uczestników dotyczy dwóch uzupełniających się kwestii: po pierwsze, poszczególnych interwencji wspierających socjoterapeuty (tzw. zewnętrznych interwencji w cykl rozwoju, za: Brzezińska, 2000), a po drugie, tworzenia odpowiednich warunków (np. idea środowiska podtrzymującego Winnicotta, 2011; por. też np. Glita, 2011).

Towarzyszenie w radzeniu sobie z kryzysami rozwojowymi oznaczać może na przykład naukę radzenia sobie z przeżywanymi emocjami czy normalizowanie trudności i emocjonalnego obciążenia. Zauważa się (Brzezińska, 2000), że w zmaganiach ze sobą, z własnym organizmem i z otoczeniem, jednostka mogła opanować nowe kompetencje lub też ich nie opanować. Mogła też opanować inne, także pozwalające na osłabienie lub eliminowanie odczuwanych napięć, ale w sposób mniej konstruktywny, który nie umożliwia jej satysfakcjonującego zaspakajania własnych potrzeb i/lub wymagań otoczenia. Brzezińska (2000) do ostatniej grupy kompetencji, które nie są wystarczająco konstruktywne, aby umożliwić satysfakcjonujące radzenie sobie z kolejnymi wyzwaniami życia, zalicza między innymi: wybuchy emocjonalne, wycofywanie się z trudnych sytuacji, zachowania konformistyczne, poszukiwanie i korzystanie z pomocy otoczenia od razu, gdy tylko pojawia się przeszkoda, unikanie podejmowania decyzji, przerzucanie odpowiedzialności na inne osoby.

Sam wykaz tych możliwych sposobów reagowania na wyzwania wskazuje rolę zajęć socjoterapeutycznych we wspomaganiu rozwoju dzieci i młodzieży. Kształtowanie umiejętności społecznych jest bowiem zasadniczym celem większości programów socjoterapeutycznych. Brzezińska (2000) podkreśla także, że jakość realizacji zadań rozwojowych w danym momencie życia zależy z jednej strony od zasobów jednostki, czyli od tego, z jakimi kompetencjami rozpoczyna każdy kolejny etap życia, a z drugiej od rodzaju wyzwań stawianych przed nią przez otoczenie społeczne i wsparcia, jakiego udziela w zmaganiu z nimi. Wydaje się być zasadne twierdzenie, że zwłaszcza w sytuacji, w której rodzina nie udziela wystarczającego wsparcia, szczególnego znaczenia nabierają inne środowiska. Może nim być grupa socjoterapeutyczna, w ramach której splatają się oddziaływania zarówno osób dorosłych, prowadzących grupę, jak i rówieśników w niej uczestniczących. Zdaniem Brzezińskiej (2000, s. 237): „w każdym etapie rozwoju człowiek podejmuje i rozwiązuje stojące przed nim zadania, korzystając jednocześnie z obecności i pomocy osób młodszych, rówieśników i osób starszych. Napię-

cie powstające w trakcie kontaktu z osobami o innych kompetencjach jest podstawowym (kluczowym) czynnikiem rozwoju”.

Tworzenie odpowiednich warunków rozwoju można rozumieć bądź jako zewnętrzną interwencję w cykl rozwoju, w formie wsparcia czy wyzwania, bądź w odniesieniu do tzw. modeli opieki rodzicielskiej zakładających, że prowadzący grupę jest jak rodzic, a uczestnicy jak potrzebujące dzieci (Aronson, 2012). Przydatną do zrozumienia tego modelu opieki jest koncepcja środowiska podtrzymującego Winnicotta (por. Winnicott, 2011), wskazująca na takie emocjonalne opiekowanie się dzieckiem, które pozwala mu doświadczyć swojego istnienia i budować ciągłość swojego bycia w świecie. Grupa, szczególnie jeśli jest prowadzona w „wystarczająco dobry sposób”, pozwala uczestnikom na silniejsze doświadczenie swojego „Ja” oraz ciągłości istnienia, co prowadzi do wzbogacenia procesów rozwoju psychicznego (Aronson, 2012). W kontekście koncepcji Wygotskiego (por. też Brzezińska, 2000) pojawia się również idea rusztowania – procesu, dzięki któremu dorośli służą dziecku pomocą w rozwiązywaniu problemu i dopasowują rodzaj i zakres pomocy do jego możliwości, zwracając uwagę na czynniki po stronie dziecka, dorosłego oraz zawarte w relacji dorosły-dziecko (Shaffer, 2004). Zarówno podtrzymujące środowisko, jak i idea rusztowania odnoszą się do procesu towarzyszenia w rozwoju, w którym najpierw tworzy się warunki współdziałania, aby na bazie tych doświadczeń osoba mogła autonomicznie podjąć pewne działania.

### 3.3. Przestrzeganie zasad i norm obowiązujących w grupie

Na początku funkcjonowania każdej grupy socjoterapeutycznej ustalane są reguły i zasady jej funkcjonowania – są to pewne informacje wprowadzane z zewnątrz, stanowiące ramy pomocy psychologicznej. Dotyczy to różnorodnych formalnych ustaleń, przykładowo częstotliwości spotkań, czasu trwania spotkań, jak też reguł uczestnictwa w spotkaniach grupy, np. nie spóźniania się, uczestniczenia we wszystkich zajęciach, zachowania dyskrecji (por. Tryjarska, 2000). Przestrzeganie tych zasad jest warunkiem zaistnienia innych czynników pomocowych, gdyż przyczynia się do wzrostu poczucia bezpieczeństwa u uczestników. Jednocześnie ustosunkowanie do tych zasad może być ważną informacją diagnostyczną (podobnie jak odchylenia od settingu w procesie psychoterapii) na temat relacji uczestników do autorytetów (reguły jako „głos” symbolicznej postaci rodzicielskiej) oraz poziomu zdolności dostosowania się do wymagań społecznych (adaptacji).

Badanie i rozumienie ustosunkowania do reguł wydaje się szczególnie istotne w wypadku dzieci i młodzieży przejawiających problemy w respek-

towaniu norm społecznych (a takie właśnie osoby trafiają zazwyczaj na socjoterapię). Umiejętność przestrzegania reguł i dostosowywania się do zewnętrznych warunków pracy grupy jest jednym z aspektów korekcyjnego wpływu na proces socjalizacji. W języku koncepcji humanistycznych powiedzieć można, że zadaniem uczestnika jest mediowanie między własnymi potrzebami a możliwościami społeczno-kulturowymi ich zaspokojenia (por. Mearns, Thorne, 2010). Jasne zasady oraz konsekwentne ich przestrzeganie buduje także poczucie bezpieczeństwa w grupie, mimo że może być czasem odbierane jako narzucane lub zbyt sztywne. Warto zaznaczyć, że część zasad społecznego funkcjonowania wykształca się w trakcie pracy grupy – na podstawie wspólnych doświadczeń budują się normy grupowe, wyznaczające wprost i w sposób ukryty dalszą pracę grupową (Yalom, Leszcz, 2006).

### 3.4. Przekazywanie wartości

Zarówno oczekiwania społeczne, jak i praktyka prowadzenia zajęć socjoterapeutycznych kładą nacisk na kształtowanie w dzieciach i młodzieży pewnego systemu wartości. Przekazywanie wartości nie jest uznawane za czynnik leczący, zgodnie z większością systemów terapeutycznych. Analiza zjawisk występujących podczas psychoterapii skłania jednak do wniosku, że proces identyfikacji z psychoterapeutą prowadzi do przejścia w pewnym zakresie jego systemu wartości (Sokolik, 2005). Zarówno przekazywanie wiedzy i informacji, jak i przekazywanie wartości można analizować jako zjawiska charakterystyczne dla podejmowania określonej interwencji wychowawczej.

Zdaniem Brzezińskiej (2000, s. 234) „interwencja wychowawcza (edukacyjna) skierowana na osoby oznacza podjęcie działań zmierzających do wywołania zmian w ich umiejętnościach, wiedzy, postawach, wartościach”. Przyjęcie takiego sposobu interpretacji wskazuje, że w działaniach socjoterapeutycznych przeplatają się zarówno zjawiska charakterystyczne dla psychoedukacji, psychoterapii, jak i te charakterystyczne dla pedagogiki i wychowania.

## Zakończenie

Znając czynniki pomocowe, od uruchomienia których zależy powodzenie socjoterapii, można zaplanować oddziaływania (wybrać metody socjoterapeutyczne, zastosować określone techniki, zaadaptować programy socjoterapeutyczne czy wreszcie zastosować określone narzędzie komunikacyjne,

jak parafraza czy odzwierciedlenie) i ocenić efekty, jakie dane oddziaływanie przyniosło w grupie i dla poszczególnych jej uczestników (problematyka ewaluacji oddziaływania socjoterapeutycznego, np. Dragan, Oleksy, 2005). Zanalizowane w niniejszej pracy czynniki terapeutyczne spełniają zarówno cele rozwojowe, edukacyjne, jak i terapeutyczne (w szerokim rozumieniu). Należy podkreślić, że zasadniczą różnicą między czynnikami pomocowymi w socjoterapii i tymi, które są charakterystycznymi dla psychoterapii grupowej stanowi większy nacisk na psychoedukację, a nie na uzyskanie wglądu i zmianę osobowości. Jest to oczywiste ze względu na: 1) adresata oddziaływań (uczestnicy są w procesie rozwoju biopsychospołecznego), 2) przygotowanie osób prowadzących i możliwości instytucjonalne pracy socjoterapeuty, 3) możliwości techniczne (związane z warunkami formalnymi korzystania z socjoterapii, takimi jak często występujące półotwarte grupy).

## LITERATURA

- ARONSON, S. (2012). *Group Therapy with children*. W: J.L. Kleinberg (red.). *The Wiley-Blackwell Handbook of Group Psychotherapy*. Oxford: John Wiley & Sons.
- BRAMMER, L. (1984). *Kontakty służące pomaganiu*. Warszawa: PTP.
- BRZEZIŃSKA, A. (2000). *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- BRZEZIŃSKA, A. (2004). *Jak przebiega rozwój człowieka?* W: A. Brzezińska (red.). *Portrety psychologiczne człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: GWP.
- BRZEZIŃSKA, A. (2000). *Psychologia wychowania*. W: J. Strelau (red.). *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Tom 3. Gdańsk: GWP.
- CIERPIAŁKOWSKA, L., CZABAŁA, C. (2005). *Psychoterapia indywidualna i grupowa*. W: H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- COREY, G. (2005). *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- CZABAŁA, J.CZ., SEK, H. (2000). *Pomoc psychologiczna*. W: J. Strelau (red.). *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Tom 3. Gdańsk: GWP.
- GABBARD, G.O. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- GLITA, P. (2011). *Wewnętrzna i zewnętrzną rzeczywistość adolescenta jako obszary interwencji terapeutycznej*. „Psychoterapia”, 2, 157, s. 19–29.
- GRZESIUK, L. (2005). *Techniki behawioralno-poznawcze*. W: L. Grzesiuk (red.). *Psychoterapia. Teoria*. Podręcznik akademicki. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- JEDLIŃSKI, K. i inni (2008). *Trening interpersonalny*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- KRATOCHVIL, S. (2003). *Podstawy psychoterapii*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- KUBACKA-JASIECKA, D. (2010). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- ORLIK-MARCINIAK, L., SOROKO, E. (2005). *Władza, wpływ społeczny, reakcje przeciwne i emocje w koncepcji Herberta C. Kelmana*. W: P. Orlik. *Magma uczuć*. Seria: Problemy/Dyskusje. Tom IV. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii UAM.

- ROBINSON, B.E., RHODEN, J.L. (2008). *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa: PAMPEDIA Wydawnictwo Edukacyjne.
- SĘK, H., BRZEZIŃSKA, A. (2008). *Podstawy pomocy psychologicznej*. W: J. Strelau, D. Doliński (red.). *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Tom 2. Gdańsk: GWP.
- SHAFFER, H.R. (2004). *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- MEARNS, D., THORNE, B. (2010). *Terapia skoncentrowana na osobie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- SHECHTMAN, Z., GLUK, O. (2005). *The therapeutic factors in group psychotherapy with children. "Group Dynamics: Theory, Research and Practice"*, 9, pp. 127-134.
- SŁYSZ, A. (2008). *Główne czynniki zmiany w socjoterapii dzieci i młodzieży*. W: J. Słapińska (red.). *Pojęcie zmiany w teorii i praktyce psychologicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- SOKOLIK, Z. (2005). *Psychoanaliza*. W: L. Grzesiuk (red.). *Psychoterapia. Teoria*. Podręcznik akademicki. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- SĘK, H. (red.). *Psychologia kliniczna*. Tom 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- STRZEMIECZNY, J. (1988). *Zeszyty Socjoterapeutyczne*. Warszawa: PTP.
- SIKORA, K. (2011). *Wybrane formy pomocy psychologicznej*. W: W. Pilecka (red.). *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- TRYJARSKA, B. (2006). *Wprowadzenie. Specyfika psychoterapii grupowej*. W: L. Grzesiuk (red.). *Psychoterapia. Praktyka*. Warszawa: ENETEIA.
- WINNICOTT, D. (2011). *Zabawa a rzeczywistość*. Gdańsk: Wydawnictwo Imago.
- VINOGRADOV, S., YALOM, I. (2007). *Psychoterapia grupowa. Krótki przewodnik dla terapeutów*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- YALOM, I., LESZCZ, M. (2006). *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.



# Socjoterapeuta: osoba i specjalista. Kompetencje i kwalifikacje socjoterapeuty

## Wprowadzenie

Pojęcie socjoterapia (łac. *socius* – towarzysz) najwcześniej pojawiło się w psychiatrii, gdzie rozumiane było jako „metoda, która stawia sobie za zadanie niedopuszczenie do wyizolowania chorego z życia, a jeśli do tego już doszło, włączenie go do tego życia z powrotem, uwzględniając i wykorzystując do tego celu wszystkie czynniki socjalne” (Wardaszko-Łyskowska, za: Jagieła, 2007, s. 12).

Współcześnie termin ten stosowany jest w odniesieniu do *therapy of social relations* – społeczności terapeutycznej w szpitalach (*socjoterapy* według Lipgar, 1999; Greene, 1999) lub/i pomocy psychopedagogicznej, procesu korekcyjnego, metody korygowania zachowań (Strzemieczny, 1993; Sobolewska, 1993; Sawicka, 1998). Umieszcawia się ją również pomiędzy psychoterapią, psychoedukacją a treningiem interpersonalnym (Schlack, 2003; Sawicka, 1999).

W socjoterapii przyjmuje się, że korekta zaburzeń zachowania będzie dokonywać się wskutek organizowania takich sytuacji społecznych w czasie zajęć grupowych, podczas których uczestnicy będą mieli okazję do korekty oraz kompensacji swoich wcześniejszych doświadczeń traumatycznych i emocjonalnych, co spowoduje, że w konsekwencji nauczą się nowych sposobów reagowania (Jagieła, 2007, s. 25). W ten sposób będą mieli możliwość poszerzenia swoich umiejętności społecznych (np. terapia zajęciowa, terapia pracą) lub modyfikacji otaczających osobę układów (praca z rodziną, społeczność lecznicza) (Milerski, Śliwierski, 2000).

Wspólnym elementem definicji jest zatem akcentowanie roli zorganizowanego środowiska (grupy) i relacji społecznych. Środowisko socjoterapeu-

tyczne, jak pisze John-Borys, pełni funkcję leczącą, ale również wspomaga rozwój (John-Borys, 2005).

Za Zofią Sobolewską przyjmuje się, iż socjoterapia stawia przed sobą następujące cele:

- 1) terapeutyczne – dostarczenie wzorców pożądanych reakcji umożliwiających wypróbowanie i wyćwiczenie nowych konstruktywnych zachowań oraz odreagowanie napięć emocjonalnych; wspomina o tym również Strzemieczny, wedle którego jest to „celowe stwarzanie dzieciom warunków (doświadczeń społecznych) umożliwiających zmianę sądów o rzeczywistości, sposobów zachowań i odreagowanie emocjonalne” (Strzemieczny, 1988, s. 24);
- 2) edukacyjne – zapoznanie dzieci z zagadnieniami, które ułatwią funkcjonowanie społeczne oraz radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i problemami: rozwiązywanie konfliktów, nazywanie i wyrażanie emocji, pełnienie ról społecznych; aspekty te odnoszą się do procesu nabywania wiedzy, którą będzie można wykorzystywać w praktyce, w ciągu życia;
- 3) rozwojowe – wynikają z zadań rozwojowych związanych z wiekiem uczestników; wiążą się z realizacją następujących potrzeb: aktywności ruchowej, ciekawości poznawczej, kontaktu z rówieśnikami, twórczości, zabawy, kształtowania poczucia własnej tożsamości, rozwijania zainteresowań; działania te umożliwiają radzenie sobie z zadaniami i kryzysami rozwojowymi przypadającymi na poszczególne etapy rozwoju dzieci i młodzieży (Sawicka, 1999).

Jagięła wspomina też o funkcjach profilaktycznych socjoterapii – „socjoterapia ma możliwość zapobiegania zaburzeniom zachowania w przyszłości” (Jagięła, 2007, s. 28). Praca z młodzieżą ma na celu umożliwienie im rozpoznania swoich zasobów, mocnych stron, a także rozwijanie umiejętności i zdolności (Geldard, Geldard, 2005). „W trakcie prowadzonych zajęć uczestnicy mają szansę z jednej strony – na poprawę swojego ogólnego funkcjonowania i rozwoju osobistego (np. podniesienie poczucia własnej wartości, poprawę komunikacji z rówieśnikami, lepszego wyrażania swoich potrzeb czy uczuć, formułowania celów i planów życiowych itp.); z drugiej – otrzymywania indywidualnej pomocy w odniesieniu do swojej sytuacji życiowej (odreagowania negatywnych uczuć, zrozumienie sytuacji w swojej rodzinie, skonfrontowania się z własnym poczuciem krzywdy czy złości itd.)” (Jagięła, 2007, s. 29).

Można zatem przyjąć, że zajęcia socjoterapeutyczne pomagają dzieciom i młodzieży w rozpoznaniu i rozwijaniu zasobów niezbędnych w osiągnięciu stanu zdrowia i podniesienia jakości życia.

## **1. Socjoterapia jako forma pomocy psychologicznej**

Pomoc psychologiczna jest szczególnym rodzajem interakcji między osobą pomagającą a wspomaganym. W tym społecznym układzie strona pomagająca może być reprezentowana przez jedną osobę lub grupę osób (np. terapeutów, zespół rehabilitacyjny); również strona wspomagana może być reprezentowana przez jedną osobę (np. doradztwo indywidualne), grupę osób (terapia małżeńska, rodzinna, społeczność oddziału dziennego itp.) lub instytucję (np. szkoła w działaniach prewencyjnych) (Sęk, 1998, s. 365). Celem tych działań jest korzyść innych ludzi, spowodowanie u nich konstruktywnej zmiany, działanie na ich rzecz (Sęk, 1998).

Socjoterapia polega na świadomym, intencjonalnym i celowym stwarzaniu dzieciom i młodzieży warunków, które umożliwią im zmiany w sposobie myślenia o sobie, świecie, sobie w świecie, a także pozwolą na modyfikację niekorzystnych wzorów zachowań (Sawicka, 1999; Strzemieczny, 1988). Zatem istotą socjoterapii jest inicjowanie i wspomaganie procesu zmian w zakresie schematów myślowych, wzorów reagowania emocjonalnego, reakcji i zachowań u uczestników grupy. Możliwe jest to wskutek pojawienia się procesu socjoterapeutycznego, a więc korekcyjnego i kreatywnego oddziaływania grupy na poszczególnych jej członków przy pomocy i aktywnym udziale prowadzącego grupę. Cele socjoterapii wydają się być również w wielu obszarach zbieżne z innymi formami pomocy psychologicznej, m.in. promocji zdrowia, prewencji, psychoterapii.

## **2. Kompetencje socjoterapeuty – socjoterapeuta jako skuteczny pomagający**

Biorąc pod uwagę analizę pojęć związanych z terminem socjoterapii, jej zakres oraz cele, istotnym wydaje się przyjrzenie się osobie socjoterapeuty, a więc temu, który jest w dużej mierze odpowiedzialny za inicjowanie procesów społecznych w grupie. Zarówno wiedza, jak i umiejętności socjoterapeuty w istotny sposób będą wpływać na proces socjoterapii. Jeżeli uznajemy, tak jak w tym artykule, że socjoterapia jest formą pomocy psychologiczno-pedagogicznej, to skuteczny i efektywny socjoterapeuta zna i umie wcielać w życie zasady profesjonalnej pomocy psychologicznej.

Autorka przyjmuje (za Okun), iż model relacji pomagania ma trzy zintegrowane wymiary, związane z fazami (etapami), umiejętnościami pomagającego, wartościami oraz kwestiami związanymi z aspektami osobistymi i społecznymi członków grupy, jak też pomagającego (etyka, wartości, postawy...). Znajomość etapów relacji pomagania, procesów pojawiających się

w pracy z grupą, a także otwartość i umiejętność radzenia sobie z występującymi zjawiskami i trudnościami w prowadzeniu grupy (pojawienie się oporu, problemy z obecnością, punktualnością, konflikty w grupie, naruszenie zasad kontaktu itd.) stanowią istotny aspekt warsztatu socjoterapeuty.

Pierwsza faza modelu pomagania polega na budowaniu zaufania, otwartości i więzi pomiędzy socjoterapeutą a członkami grupy, jak też wśród samych uczestników. Trzeba pamiętać, że w pracy z grupą na tym etapie mogą pojawić się takie trudności, jak: negatywne nastawienie niektórych członków grupy wobec siebie lub wobec prowadzącego, próby naruszania zasad współpracy ze strony uczestników, różny poziom otwartości, fasadowość zachowań (zakładanie masek), próby prowokowania socjoterapeuty w celu sprawdzenia jego reakcji, różnorodne oczekiwania członków grupy co do formy i przebiegu spotkań.

Kiedy zostanie już zbudowana relacja, a tym samym określona, omówiona i zaakceptowana struktura spotkań, wspólne cele, kontrakt, zasady pracy, kolejnym etapem jest wybranie odpowiednich strategii, kierunków działania, metod i technik pracy. „Oznacza to, że prowadzący zajęcia, pozostając w dobrej relacji z grupą, inicjuje różnego rodzaju działania, które mają stworzyć okazję do osiągnięcia celów socjoterapii” (Jagiela, 2007, s. 81). Znajomość tych metod i technik pracy, takich jak np.: psychodrama, metody arteterapeutyczne, dialog terapeutyczny, burza mózgów, zabawa oraz umiejętność ich zastosowania stanowią o warsztacie zawodowym socjoterapeuty.

Aby osoba pomagająca mogła pewnie posługiwać się zróżnicowanymi strategiami, musi być zdolna do kontaktu z innymi ludźmi na płaszczyźnie afektywnej (związanej z odczuciami i emocjami), poznawczej (związanej z myśleniem lub innymi procesami poznawczymi) oraz behawioralnej (związanej z zachowaniem i działaniami). W związku z tym osoby pomagające muszą nieustannie pogłębiać zrozumienie siebie samych i rozwijać świadomość własnego systemu wartości, aby zdawać sobie sprawę z własnych problemów i oddzielać je od potrzeb i problemów klientów (Okun, 2002, s. 22).

Wymieniając poszczególne metody i techniki socjoterapeutyczne, należy ciągle pamiętać, że są one wtórne w stosunku do samej relacji terapeutycznej, która odgrywa – tak jak w każdym rodzaju pomocy psychologicznej – zawsze pierwszoplanową rolę (Jagiela, 2007, s. 81).

Powodzenie fazy drugiej zależy w dużym stopniu od efektywnego wykorzystania umiejętności komunikacyjnych do budowy pozytywnej relacji w fazie pierwszej (Okun, 2002, s. 15).

Model pomagania opiera się na założeniach teoretycznych psychologii egzystencjalnej i behawioryzmu, które są aktualne również dla socjoterapii:

- 1) ludzie są zdolni do podejmowania własnych decyzji; ponoszą za nie odpowiedzialność;
- 2) ludzie pozostają w pewnym stopniu pod wpływem środowiska, lecz są w stanie kierować swym życiem dużo bardziej, niż im się to wydaje;
- 3) zawsze istnieje jakiś wybór, nawet jeśli jest ograniczony;
- 4) ludzie są zdolni do uczenia się nowych zachowań i oduczania starych;
- 5) ludzie ponoszą wewnętrzne i społeczne konsekwencje własnych działań – pełnią one funkcję wzmocnień (kar i nagród) (Okun, 2002).

Socjoterapeuta, który inicjuje warunki do powstania zmian u poszczególnych członków grupy, sam musi wierzyć i akceptować przedstawione wyżej założenia. Nie można skutecznie wspierać i motywować kogoś w kierunku zmiany dotychczasowych zachowań, jeśli samemu wątpi się w takie możliwości. Doświadczony socjoterapeuta powinien być również świadomy celów swej pracy, możliwości i ograniczeń z nią związanych, jak też gotowy do ciągłego kształcenia się lub dzielenia się swą wiedzą, wątpliwościami z innymi profesjonalistami.

Jagięła podnosi, że kompetencje socjoterapeuty można analizować w kilku wymiarach.

- 1) Wykształcenie i kwalifikacje – ukończenie studiów psychologicznych, pedagogicznych, socjologicznych lub pokrewnych oraz kilkuletnie podyplomowe szkolenia z zakresu socjoterapii.
- 2) Cechy osobiste i umiejętności, które stanowią bazę i fundament pracy w relacji pomagania. Należą do nich:
  - a) umiejętność nawiązywania kontaktu (wzbudzanie zaufania i okazywanie zaufania innym, okazywanie zainteresowania innymi);
  - b) zdolność do efektywnego komunikowania się:
    - zgodność komunikacji werbalnej i niewerbalnej,
    - umiejętność bezpośredniego, jasnego wyrażania swoich poglądów,
    - dostosowywanie swoich przekazów do możliwości percepcyjnych innych osób,
    - umiejętność aktywnego słuchania (dostrzeganie całego kontekstu wypowiedzi, zdolność do wychwycenia istotnych treści, dostrzeganie komunikatów niewerbalnych, wyczuczenie na spójności/niespójności między komunikacją werbalną a niewerbalną,
    - znajomość i posługiwanie się zaawansowanymi umiejętnościami reagowania werbalnego, takimi jak: parafrazowanie, klaryfikacja, podsumowywanie, dostarczanie własnych ocen, interpretowanie, konfrontowanie;
  - c) posiadanie dobrej woli i troski (szacunek do innych, zainteresowanie dobrem innych);

- d) gotowość ujawniania własnych emocji (zdolność do rozpoznawania i wyrażania własnych uczuć);
- e) dawanie dobrego przykładu innym (szczerłość i otwartość w prezentowaniu siebie);
- f) otwartość przejawiająca się:
  - szacunkiem dla odmienności uczestników, ich poglądów, wartości, stylu życia,
  - otwartością na problemy innych;
- g) tolerancja (unikanie narzucania własnego zdania);
- h) umiejętność przyjmowania krytyki od uczestników;
- i) samoświadomość (świadomość swoich własnych możliwości i ograniczeń, zalet i wad);
- j) gotowość do udzielania pomocy:
  - zrozumienie dla cierpienia innych,
  - umiejętność wykorzystania własnej wiedzy i doświadczenia do pomocy innym;
- k) poczucie humoru;
- l) dobra kondycja fizyczna i wewnętrzna siła (odporność psychiczna i fizyczna, zdolność do wytrzymania napięcia pojawiającego się w grupie);
- ł) empatia (intuicyjne wyczuwanie subiektywnego świata uczestników, zbliżenie się do świata dzieci i młodzieży) (Jagięła, 2007).

M. Schneider Corey i G. Corey opisują jeszcze dodatkowe właściwości, przydatne w prowadzeniu grup:

- a) odwaga, przejawiająca się w gotowości do:
  - odsłaniania własnej słabości,
  - przyznawania się do błędów,
  - konfrontacji z innymi przy jednoczesnym „byciu” z nimi w trakcie pracy nad konfliktem,
  - działania w zgodzie z własnymi przekonaniem,
  - emocjonalnej reakcji na sprawy uczestników,
  - wyrażania wobec grupy własnych oczekiwań, obaw związanych z procesem grupowym,
  - radzenia sobie z własnymi obawami;
- b) gotowość do modelowania – uczenie przez dawanie przykładu: „Otwierając się przed innymi – szczerze, adekwatnie i we właściwych momentach – stajesz się jednym z członków grupy, a zarazem pełnisz funkcję prowadzącego, który modeluje zachowania” (Schneider Corey, Corey, 2002, s. 73);
- c) emocjonalna obecność w grupie: „Stajesz się bardziej zaangażowany emocjonalnie w sprawy klientów, gdy zwracasz baczną uwagę na własne uczucia” (Schneider Corey, Corey, 2002, s. 74);

- d) wiara w proces grupowy;
- e) pogłębianie świadomości swojego zaplecza kulturowego: „Jeżeli rozumiesz własną kulturę i wpływ środowiska społecznego na twój system wartości, masz podstawę do zrozumienia świata osób pod wieloma względami odmiennych od siebie. Twoja gotowość do przyjęcia odmienności w dużej mierze określa twą skuteczność w dostarczaniu energii prowadzonym przez siebie grupom (Schneider Corey, Corey, 2002, s. 75);
- f) nieprzyjmowanie postawy obronnej podczas ataków: „Prowadzący, którzy łatwo doświadczają poczucia zagrożenia, czują się niepewnie w swojej roli, są nadmiernie wrażliwi na negatywne informacje zwrotne i silnie uzależnieni od aprobaty ze strony grupy napotkają na poważne problemy w pracy. Uczestnicy mogą czasem uskarżać się, że nie dbasz o nich dostatecznie, nie darzysz w równym stopniu swoją uwagę i troską, zbyt strukturalizujesz pracę, nie dość wyraźnie ją ukierunkowujesz, jesteś zbyt ostry i tak dalej. Niekiedy krytyka może być usprawiedliwiona – mogło ci się zdarzyć, że nie byłeś dość wrażliwy lub dbały – ale bywa także wyrazem zazdrości, mierzenia się z autorytetem, walki o władzę lub przenoszenia na siebie emocji związanych z innymi osobami. Najistotniejsze, abyś w nieobronny sposób zbadał wraz z grupą uczucia kryjące się za wyrażoną krytyką (...). W ten sposób modelujesz w grupie efektywne i pozbawione agresji sposoby wyrażania myśli i uczuć” (Schneider Corey, Corey, 2002, s. 76).

Jak stwierdza Okun: „skuteczność osoby pomagającej jest uwarunkowana poziomem jej samoświadomości i umiejętnością wykorzystania własnej osoby jako narzędzia zmiany” (Okun, 2002, s. 38). Samowiedza i umiejętności praktyczne osoby pomagającej, jak wskazują autorzy (Corey i Corey, 1989; Corey, 1995; Okun, 1989; Kottler, 1993; Okun, 2002), jest często bardziej istotna niż przygotowanie teoretyczne.

Wśród wielu komponentów osób skutecznie pomagających wymienia się najczęściej:

- 1) postawę wobec ludzi – postrzeganie innych ludzi jako:
  - raczej zdolnych do działania,
  - wartościowych,
  - godnych zaufania,
  - pomocnych i przyjaznych innym,
  - optymistycznych;
- 2) obraz własnej osoby – pomagający:
  - czuje się kompetentny,
  - utożsamia się z grupą i nie ma poczucia izolacji,

- uważa, że jest godny zaufania,
- czuje się potrzebny innym,
- uważa, że jest osobą wartościową,
- jest samoświadomy: świadomy swojego systemu wartości i uczuć, standardów (Sue, 1990; Brammer, 1981),
- jest zainteresowany dobrem innych ludzi, wpływem kultury na człowieka, zmianami społecznymi (Correy, 1995; Brammer, 1981; Brammer, Shostrum, Abrego, 1989);

3) podejście do pomagania:

- koncentruje się bardziej na ludziach niż na rzeczach,
- częściej przyjmuje subiektywne czy też fenomenologiczne podejście (widzi problem z perspektywy klienta, a nie z własnej),
- empatycznie wprowadza strategie w życie, w zgodzie z własnym systemem wartości (Combs, 1989);

4) charakter relacji przejawiający się w:

- bezwarunkowej akceptacji - komunikowanie bezwarunkowej akceptacji klientowi (Rogers, 1958),
- autentyczności i spójności pomagającego, wyrażanych poprzez szczerość z klientem, uczciwość, jednoznaczność, zgodność działania z głoszonymi przekonaniami (Rogers, 1958; Ivey, Ivey i Simek-Morgan, 1993),
- empatii - empatyczne zrozumienie perspektywy klienta (Rogers, 1958); „Osoba skutecznie pomagająca potrafi komunikować klientowi swą świadomość i zrozumienie samej siebie, przez co dostarcza mu doświadczeń będących podstawą zmian” (Carkhuff i Berenson, 1967; za: Okun, 2002, s. 39); Egan (1990) precyzuje pojęcie empatii, definiując dwa jej typy: empatię podstawową (*primary empathy*), która polega na okazywaniu uwagi, słuchania i odzwierciedlaniu przekazu klienta celem zakomunikowania mu trafnego odbioru owego przekazu oraz trafną empatię zaawansowaną (*advanced accurate empathy*), która obejmuje także wywieranie wpływu na klienta za pomocą otwarcia się, wskazówek lub interpretacji (Okun, 2002, s. 40),
- szacunku i pozytywnym stosunku do klienta (Carkhuff i Berenson, 1967; Ivey, Ivey i Simek-Morgan, 1993): wygłaszanie pozytywnych opinii o kliencie, uznawanie różnic, nacisk na pozytywne strony klienta,
- konkretności - reakcje wobec klienta są jasne, bezpośrednie (Carkhuff i Berenson, 1967; Ivey, Ivey i Simek-Morgan, 1993),
- świadomości swej zdolności do modelowania zachowań klienta (Brammer, 1989),

- wiedzy i umiejętności - zdolności do integrowania teorii i umiejętności ze sposobem pojmowania rzeczywistości; uwzględnianie kontekstu wielokulturowego (Corey, 1995; za: Okun, 2002),
- wiedzy na temat czynników społeczno-politycznych oddziałujących na klienta (Sue, 1990);
- rozumieniu światopoglądu każdego klienta (Sue, 1990),
- ciepłe i troszcze wobec klienta (również poprzez komunikację niewerbalną) (Ivey, Ivey i Simek-Morgan, 1993),
- koncentracji na terażniejszości (Ivey, Ivey i Simek-Morgan, 1993),
- konfrontacji - dyskusji na temat różnic, wyjaśnianiu niejednoznaczności przekazów, pojawiających się rozbieżności (Ivey, Ivey i Simek-Morgan, 1993),
- etycznym zachowaniu (Brammer, 1981; Brammer, Shostrum i Abrego, 1989) (Okun, 2002).

### 3. Samoświadomość pomagającego – obszary profesjonalizmu

Szczególnie istotne w pracy socjoterapeuty wydają się również te kwestie, które Okun wymienia jako komponenty odnoszące się do aspektu świadomości pomagającego. Ułatwiają one rozpoznawanie własnych potrzeb i uczuć pojawiających się w pracy z grupą, a tym samym przyczyniają się do skuteczności procesu pomagania. Zadawanie sobie pytań dotyczących swej pracy, a także dyskusowanie ich i omawianie z innymi socjoterapeutami czy superwizorami rozwijają wrażliwość i umożliwiają budowanie relacji opartej na szacunku, zaufaniu i akceptacji.

Aby skutecznie pomagać, warto co jakiś czas zastanowić się nad kilkoma kwestiami.

1. Czy jestem świadomy tego, kiedy odczuwam skrepowanie, dyskomfort pracując z jakąś osobą lub podejmując jakieś tematy w grupie?

2. Czy jestem świadomy, kiedy, w jakich sytuacjach i w jaki sposób stosuję strategie unikania?

3. Czy potrafię być szczerzy z grupą?

4. Czy moje obawy (np. że mnie nie polubią) nie powstrzymują mnie od konfrontacji lub kierowania uwagi na sytuacje trudne?

5. Czy usiłuję być cały czas doskonały, perfekcyjny i zawsze mieć rację?

6. Czy czuję potrzebę nieustannego panowania, kontrolowania każdej osoby i sytuacji?

7. Czy wpadam w złość, gdy inni nie widzą tego samego rozwiązania, co ja lub nie reagują czy nie zachowują się we właściwy, moim zdaniem, sposób?

8. Czy często mam poczucie, że muszę być wszechmocny i wszystko musi mi się udać?

9. Czy jestem tak skupiony na trudnościach, że szukam u innych tego, co problemowe, destrukcyjne, pomijając albo nie zauważając tego, co konstruktywne, co stanowi o zasobach osoby?

10. Czy stać mnie na taką otwartość wobec grupy, jakiej sam oczekuję od niej? (Okun, 2007).

M.S. Corey i G. Corey podają, iż dla osób prowadzących grupę istotnych jest kilka aspektów, na które warto byłoby zwrócić uwagę.

1. Ważne, aby prowadzący posiadał teoretyczne podstawy swej pracy. Pomoże mu to zrozumieć i wyjaśnić procesy zachodzące w grupie. Autorzy zachęcają do korzystania z wielu koncepcji i teorii, aby w oparciu o informacje pochodzące z różnych paradygmatów stworzyć swój warsztat pracy.

2. Osobowość, kompetencje i cechy prowadzącego są najistotniejszymi zmiennymi, jeśli chodzi o efektywność jego pracy. Techniki pełnią funkcję drugorzędą.

3. Profesjonalista dysponuje wiedzą z zakresu psychologii małych grup oraz niezbędnymi w tej pracy umiejętnościami.

4. Oprócz wiedzy akademickiej, niezbędne są doświadczenia i umiejętności nabyte w trakcie dodatkowych szkoleń. Przydatne jest również prowadzenie lub współprowadzenie grup pod superwizją. Pomocna w pracy jest również ukończona psychoterapia własna.

5. Rozpoczynając pracę, warto zastanowić się nad swoją pozycją w grupie: jaka część odpowiedzialności spoczywa na socjoterapeucie, jaka na członkach grupy, w jakim stopniu i w jaki sposób będzie strukturalizowana praca grupy, jak połączyć elementy wsparcia i konfrontacji.

6. Niezwykle istotne jest zapoznanie się ze standardami etycznymi obowiązującymi w zawodzie socjoterapeuty.

7. Warto również zaznajomić się z kwestiami prawnymi, które odnoszą się do różnorodnych obszarów wykonywanej pracy.

8. Pomocne jest opracowanie wspólnie z grupą zasad postępowania odnoszących się do wspólnego kontraktu. Zasady te mogą dotyczyć zachowania dyskrecji, szacunku dla różnic, brania odpowiedzialności za samego siebie, zasad komunikowania się, zgłaszania absencji.

9. Warto uczyć członków grupy oceniania własnych indywidualnych postępów. W ten sposób będą mogli sami stwierdzić, w jakiej mierze osiągnęły swoje cele.

10. Odczucia i reakcje prowadzącego wpływają również na proces grupy. Gotowość do dzielenia się z grupą swoimi odczuciami – tym, co pojawia się „tu i teraz” w trakcie spotkań, jest istotnym czynnikiem wspierającym relację pomagania.

11. Każdy socjoterapeuta ma swój własny styl prowadzenia grupy. Refleksja nad tym, jak wpływa on na proces grupowy i efekty pracy z grupą, pomaga uniknąć wielu problemów i trudności (Corey, Corey, 2002).

Indywidualny styl pracy socjoterapeuty można również analizować, opierając się na czterowymiarowym modelu funkcji prowadzącego grupę. Model ten, autorstwa Libermana, Yaloma i Milesa (1973), powstał w wyniku badań nad grupami interakcyjnymi. Chociaż nie został on opracowany *stricto* z myślą o socjoterapeutach, wydaje się również przydatny do autorefleksji w tym zawodzie.

Na warsztat prowadzącego, zgodnie z omawianą koncepcją, składają się: emocjonalna stymulacja, wyrażanie osobistego szacunku, proponowanie wyjaśnień i strukturyzacja.

Emocjonalna stymulacja oznacza takie reakcje prowadzącego, poprzez które wyraża on własne uczucia, nastawienie i poglądy oraz konfrontuje z nimi uczestników. Zbyt wysoka emocjonalna stymulacja prowadzącego przesadnie podkreśla jego rolę i obniża potencjał grupy. Jednak, w niektórych wypadkach, takie zachowanie może być źródłem modelowania, a także stać się bodźcem dla uczestników do głębszego odkrywania siebie. Wyrażanie osobistego szacunku przejawia się poprzez autentyczne zainteresowanie każdym członkiem grupy, jego akceptacją w uzewnętrznianiu uczuć i gestów, które świadczą o zaangażowaniu.

Proponowanie wyjaśnień polega na wyjaśnieniu uczestnikom grupy koncepcji i funkcjonalnych zależności w taki sposób, aby mogli zrozumieć swoje zachowanie, reakcje i interakcje pojawiające się w grupie. Ten aspekt odnosi się w dużej mierze do celu edukacyjnego i profilaktycznego socjoterapii. Vopel podaje, że efektywni prowadzący wykorzystują ten czynnik konsekwentnie, ale oszczędnie, aby nie zmniejszyć inicjatywy członków grupy w samodzielnym odkrywaniu źródeł swojego postępowania.

Strukturyzacja odnosi się do stopnia kierowania grupą: charakteru, zakresu i sposobu wyznaczania granic, reguł, norm a także stylu prowadzenia.

Według Vopela „ten stosunkowo prosty, czterowymiarowy model kierowania grupą może pomóc każdemu prowadzącemu w szybkim uświadamianiu sobie, jak obecnie pracuje, aby w miarę możliwości zaakcentować coś innego” (Vopel, 1999, s. 80).

## Zakończenie

W pracy socjoterapeutycznej prowadzący jest – na różnych etapach relacji pomagania – źródłem, narzędziem i przedmiotem zmian. Pracuje w dużej mierze sobą: swoimi zasobami, umiejętnościami, opierając się na wiedzy

i doświadczeniu. Dlatego tak ważne są jego kompetencje, samoświadomość, otwartość i chęć do oglądania swej pracy z innymi specjalistami, jak też gotowość do uczenia się i poszerzania swego warsztatu pracy.

Celem niniejszego artykułu było wskazanie tych aspektów, wymiarów i cech, które w literaturze przedmiotu opisywane są jako niezbędne lub potrzebne w pracy socjoterapeutycznej. Nie sposób wskazać na wszystkie komponenty, jak również nie jest możliwe ich posiadanie w stopniu wystarczającym do tego, aby przestać się uczyć. Grupa uczy się od nas, a my uczymy się od grupy: samego siebie, innych, swych możliwości i ograniczeń.

#### LITERATURA

- COREY, M.S, COREY, G. (2002). *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- GELDARD, K., GELDARD, D. (2005). *Jak pracować z dziećmi i grupami terapeutycznymi*. Gdańsk: GWP.
- JAGIEŁA, J. (2007). *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*. Kraków: Rubikon.
- OKUN, B. (2002). *Skuteczna pomoc psychologiczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- SOBOLEWSKA, Z. (1993). *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć*. Warszawa: OPTA.
- STRZEMIECZNY, J. (1988). *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci w wieku szkolnym*. W: J. Strzemieczny (red.). *Zajęcia socjoterapeutyczne*. Warszawa: PTP.
- WARDASZKO-ŁYSKOWA, H. (1996). *Analiza roli socjoterapii we współczesnej psychiatrii*. Warszawa: Wydawnictwo AM.
- VOPEL, K. (1999). *Poradnik dla prowadzących grupy*. Kielce: Jedność.



# Socjoterapia w podejściu psychodynamicznym

## Wprowadzenie

W ramach niniejszego opracowania zaprezentowane zostały zarówno szerokie, jak i wąskie definicje socjoterapii. Spróbuję więc nie definiować kolejny raz tego pojęcia, a raczej je stworzyć. Pokazać, z czego „socjoterapia w podejściu psychodynamicznym” wyrasta, z czego korzysta i wybrać takie aspekty psychodynamicznego myślenia, które mają szczególne znaczenie dla praktyki.

Do czego odnosi się pojęcie psychodynamiczności? Odnosi się do ruchu, nieustannej zmiany, kładzie nacisk na dynamiczne siły rządzące osobowością, podkreśla konflikt między sprzecznymi dążeniami, impulsami, pragnieniami. Poziom precyzji słowa nie jest zamknięty, podobnie zresztą jak pojęcia „socjoterapii”. Ojcem podejścia psychodynamicznego jest Freud, natomiast jego współcześni przedstawiciele uzupełniają freudowską wizję rozwoju psychoseksualnego o obraz człowieka jako istoty społecznej, pomniejszając tym samym biologiczny determinizm ojca psychoanalizy.

W niniejszym rozdziale pojęcie „psychodynamiczny” będzie rozumiane jako pewien kierunek i sposób myślenia. Rozumienie to w obrębie socjoterapii będzie koncentrowało się na rozwojowym podejściu do opisu funkcjonowania psychicznego dziecka, a w konsekwencji wyboru takich metod i technik pracy, które z ową rozwojową konceptualizacją są zgodne. Dobór treści i sposobów ich realizacji w procesie socjoterapii powinien być adekwatny do wieku i etapu rozwojowego dziecka-uczestnika zajęć. Powinien zakładać wiedzę socjoterapeuty w obszarze psychopatologii i rozwojowej normy, wiedzę opartą o znajomość rozwojowej psychologii *ego*.

## 1. Rozwojowa psychologia *ego*

Termin *ego* wprowadził Freud, odnosząc go do dominującej, w dużej części świadomej, masy myśli. Część niepodlegająca kontroli świadomości wcześniej została odszczepiona i wyparta. W publikacji *Ego i Id* zaprezentował trzy podstawowe reprezentacje umysłu: *id*, *ego*, *superego* (Freud, 2007). Do funkcji *ego* zaliczył reprezentowanie rzeczywistości, kontrolę wewnętrznych napięć popędowych w obliczu społecznych konwenansów i moralności. Istotną miała być funkcja obronna *ego* – wzbudzanie obron służących kontrolowaniu impulsów popędowych.

Przedstawiciele psychologii *ego* i rozwojowych teorii *ego*, Anna Freud, Heinz Hartmann, Rene Spitz, Margaret Mahler, Edith Jacobson, badali wpływ realnych, wczesnych doświadczeń dziecka i rolę środowiska na rozwój struktury psychicznej oraz jakość interpersonalnego funkcjonowania człowieka. Hartmann widział przychodzące na świat dziecko jako wyposażone w potencjały *ego*, gotowe, by wykiełkować i rozwinąć się w naturalnych warunkach (za: Mitchell, Black, 1995). Owe zdolności, potencjały *ego* to język, spostrzeganie, rozumienie obiektów, myślenie. Spitz przeprowadzał prekursorskie, analityczne badania nad „relacjami z obiektem”, polegające na wieloletnich obserwacjach niemowląt i ich pierwotnych opiekunów (za: Mitchell, Black, 1995). Postrzegał matkę z jej psychicznym potencjałem jako adaptacyjne środowisko dla bezradnego, zagrożonego chaosem i ilością bodźców niemowlęcia. Matka pomaga przetworzyć, oswoić doświadczenie, pełniąc funkcję „*ego* pomocniczego” tak długo, dopóki dziecko nie rozwinię własnego aparatu – *ego* zdolnego do regulowania i przetwarzania doświadczenia. Praktycznie w każdym obszarze wczesnych faz rozwoju u dziecka pośredniczy środowisko matkujące. Istotną funkcją rozumienia i konceptualizacji jakości funkcjonowania psychicznego dziecka u psychologów *ego* stało się przypisywanie wpływu zarówno czynnikom dziedzicznym, konstytucjonalnym, jak i wpływowi środowiska, pierwotnych relacji i więzi. Spitz rozumiał tworzenie się poczucia tożsamości jako wynik pierwotnych doświadczeń zjednoczenia z matką.

Margaret Mahler, akcentując interakcje czynników konstytucjonalnych i środowiskowych, kontynuowała badawcze podejście Spitz’a i rozwojową teorię *ego*. Pokazała rozwój aparatu psychicznego dziecka na kontinuum kolejnych etapów, faz rozwojowych (Mahler, Pine, Bergman, 1975). Rozpoczynając od fazy pierwotnego autyzmu (0–3 tyg.), pokazała niemowlę pokonujące przeciwbodźcową osłonę, by wejść w najwcześniejszą, pierwotną więź z matką – „normalną symbiozę”. W ramach owej symbiotycznej więzi niemowlę potrzebuje „optymalnego poziomu przyjemności”, zapewniającego bezpieczeństwo, wzrost psychiczny i naturalne przejście do istotnej, prowo-

kującej jakościowe zmiany dla funkcji *ego* fazy separacji-indywiduacji (Goldstein, 2003). Faza ta, trwająca do około 30. miesiąca życia dziecka, podzielona została na subfazy: różnicowania, praktyki, powtórnego zbliżania, konsolidacji. Korzyścią rozwojową przejścia przez subfazy różnicowania i praktyki jest rosnąca niezależność dziecka, możliwości testowania nowych umiejętności, funkcjonowania w fizycznej odległości od matki przy zachowaniu i przeżyciu jej domniemanej omnipotencji jako własnej (za: Mitchell, Black, 1995). Kryzys subfazy powtórnego zbliżenia jest doświadczeniem psychicznego załamania równowagi. Rozwój psychiczny dziecka zaczyna doganiać i harmonizować z rozwojem fizycznym, ten ostatni stanowi czynnik zagrażający emocjonalnej bliskości dziecka z matką. Rosnące możliwości stają się zapowiedzią separacji i czynnikiem determinującym rodzącą się niezależność. Dominującym stanem u dziecka jest lęk, niepewność oraz wzmożona potrzeba kontaktu, której funkcją jest próba regulowania i zabezpieczenia się w tym nowym stanie oddzielania się i braku równowagi. Jeżeli w fazie separacji-indywiduacji matka nie zapewni rozwijającemu się *ego* dziecka odzwierciedlenia, przewidywalności, stabilności, ciepła i dostępności, sukces w obszarze niezależnego funkcjonowania jest mało prawdopodobny. Natomiast sam kryzys powtórnego zbliżenia bez odpowiedniego matczynego wsparcia spowoduje i utrwali lęk przed porzuceniem, a w przyszłości może przyczynić się do powstania trwałej skłonności afektywnej, skłonności do depresji.

Psychopatologie pochodzące z tych faz rozwojowych określane są jako preedypalne. Pozwala to na odróżnienie pochodzenia, jak i dynamiki takiego rodzaju zaburzeń psychicznych od patologii problemów rozwojowo późniejszych. Tzw. dynamika edypalna koncentruje się na obszarze konfliktowym, obszarze sprzecznych dążeń, impulsów, pragnień. Pochodzenia psychopatologii upatruje w rywalizacyjnych i agresywnych tendencjach pojawiających się w trójkącie edypalnym, w układzie pomiędzy matką-ojcem-dzieckiem. Preedypalna dynamika koncentruje się na roli matki w powstawaniu struktur psychologicznych, edypalna wprowadza do tej diady ojca, rozpoczynając proces kształtowania i rozwoju identyfikacji płciowej, podejmowania określonych ról społecznych, uwewnętrzniania społecznych norm, zasad, wartości, rozwoju sumienia.

W okresie adolescencji zaczyna się ostateczny proces separacji od obiektu, według Blosa (Blos, 1979) powtórną proces separacji-indywiduacji, który spowodować ma zmianę wzorca zależności z dziecięcych, niedojrzałych na bardziej realistyczne, ambiwalentne, zawierające w sobie różne aspekty tego samego obiektu. Konfrontacja z popędowością powinna prowadzić do wzrostu siły *ego*: większej kontroli impulsów, sublimacji, symbolizacji, integracji, przebudowania superego, wyłonienia się nowego „Ja idealnego”. Na-

grodą zakończonego procesu dojrzewania jest nowy obraz siebie, zawierający różne aspekty psychicznego funkcjonowania, ukształtowany światopogląd, identyfikację psychoseksualną, aktywne podjęcie zarówno ról płciowych, jak i społecznych.

Freudowskie dziecko jest istotą przepełnioną niekontrolowanymi impulsami, napięciami, które w pewnym stopniu zostają ograniczone i skrępowane społecznymi wymaganiami, zasadami i normami (za: Mitchell, Black, 1995). Owe konwenanse nie są jednakże w stanie kontrolować i regulować nieświadomości. Pod strukturą podlegającą społecznym sankcjom i regulacjom pozostają i prowokują osobowość wciąż infantylne, ponadczasowe impulsy tych „już dorosłych”. Psychologia *ego* wyłania dziecko stopniowo, wyodrębnia z symbiotycznej jedności z matką. Określa jego instynktowne popędy nie jako narzucone, a raczej jako specyficzne wrodzone potencjały, które podlegają intensywnym wpływom wczesnego doświadczenia (Guntrip, 1971). Silnie frustrujące, negatywne, prowokuje i stymuluje intensywniejszy popęd agresji. Natomiast wykorzystanie impulsów agresywnych w służbie osiągnięć rozwojowych (separacji, ustalania granic) możliwe jest w wyniku takiego moderowania agresją, aby dla psychiki dziecka przeżycie jej było wystarczająco bezpieczne i do przyjęcia. W konsekwencji możliwe jest równoczesne utrzymywanie zarówno pozytywnych, jak i negatywnych uczuć tak do *self*, jak i do obiektu.

Według psychologów *ego* istotna jest swoista interakcja pomiędzy rozwojem popędowym a realnym, wczesnym doświadczeniem dziecka. Akcentuje się wpływ matkującego środowiska na interpersonalne zachowanie dziecka, a całe psychodynamiczne rozumienie opiera się i wyrasta z perspektywy rozwojowej. W pewien sposób sam proces socjoterapii jako formy pracy integrującej oddziaływania terapeutyczne, edukacyjne, stymulujące rozwój jest w swej naturze psychodynamiczny. Trudno wyobrazić sobie rozumienie socjoterapii w perspektywie innej niż rozwojowa, dynamiczna.

## 2. Wybór socjoterapii jako metody pracy z dzieckiem

Rozumienie psychodynamiczne rozpoczyna się już w obszarze definiowania ram socjoterapii, a co za tym idzie ustalania grupy docelowej, dla której taka metoda pracy będzie odpowiednia. Korzystając z podanej w niniejszej publikacji definicji, możemy określić socjoterapię jako formę pomocy ukierunkowaną na dzieci i młodzież z grup ryzyka lub/i przejawiających zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym (za: Jankowiak, 2011). K. Sawicka (Sawicka, 1999) określa socjoterapię jako proces korekcyjny o charakterze leczniczym, formę pośrednią między psychoterapią, psycho-

edukacją a treningiem interpersonalnym. Specjaliści zaangażowani w pracę z dzieckiem i adolescentem często stają przed wyborem właściwej formy pomocy. Psychoterapia indywidualna, a może terapia grupowa czy jednak socjoterapia? Stanowisk jest wiele, często różnych, a nawet zasadniczo sprzecznych. Można więc usłyszeć, że psychoterapia indywidualna nie jest formą pracy z dzieckiem, ale może już dotyczyć młodzieży, natomiast w perspektywie psychoterapii analitycznych poddaje się analizie dzieci (Schier, 2000). Inne głosy zaprzeczają psychoterapii adolescentów jako adekwatnej formie pomocy, jeżeli zaś taki kontakt istnieje, to nie można tego nazwać psychoterapią itp. Korzystanie z kryteriów diagnostycznych (różnicowania rodzaju zaburzeń i ich przyczyn) w wypadku dzieci i młodzieży również może zawodzić. W takiej wielości pytań i pomysłów kolejny raz z pomocą przychodzi perspektywa rozwojowa.

Każda z form pomocowych oddziaływań, takich jak psychoterapia indywidualna, grupowa, socjoterapia, trening interpersonalny stanowi specyficzny rodzaj sytuacji terapeutycznej. W ramach terapeutycznych oddziaływań możemy wyróżnić trzy komponenty: relację, technikę i *setting* (Anastasopoulos, 2007). Każde zjawisko powstające w tych warunkach możemy uznać za sytuację terapeutyczną. *Setting* jest swoistą ramą sytuacji terapeutycznej. Różny *setting* tworzy różną sytuację terapeutyczną, która pociąga specyficzną formę leczenia (Quinodoz, 1992). Co więcej, różny *setting* będzie pokazywał odmienne aspekty psychicznego funkcjonowania pacjenta i pobudzał inne mechanizmy psychiczne. Tworzenie i nadawanie ram można rozumieć jako jeden z regulatorów głębokości pomocowych oddziaływań, jako stymulator odmiennych strukturalnie (rozwojowo) aspektów życia psychicznego członka grupy czy też grupy jako całości. Czas trwania procesu, ustalony termin kończenia/struktura czasowo otwarta, zamknięta/otwarty dostęp do grupy, wszystkie te komponenty powinny odpowiadać potrzebom rozwojowym. Potrzeby te określane są wiekiem dziecka i poziomem rozwoju określonych struktur psychicznych, który uwidacznia się w zachowaniu, reakcjach emocjonalnych, funkcjonowaniu interpersonalnym czy intelektualnym. Jeżeli rozwojowe teorie *ego* zakładają udział pierwotnego opiekuna i bliskiej relacji matka-dziecko w rozwijaniu struktur psychicznych dziecka, a zakończenie subfazy powtórnego zbliżania przypada na okres około 24 miesiąca życia, wszelkie interwencje pomocowe w tym wieku będą odbywać się w diadzie matka-dziecko (Chrzan-Dętkoś, 2011).

Niektórzy autorzy (za: Chrzan-Dętkoś, 2011) polecają taką formę pracy również dla dzieci w wieku przedszkolnym. Wspólny czas z matką i dzieckiem ma szansę rozwinąć i zoptymalizować potencjał opiekuńczy i wychowawczy opiekuna. Możliwe jest rozpoznanie zależności niemowlęcia od rodzica, rozumienie i pozwolenie na jego zwiększającą się autonomię.

Obiektem pomocowych oddziaływań staje się relacja matka-dziecko. Optymalna, „wystarczająco dobra” relacja prowokuje na poziomie neuronalnym tworzenie kompetencji związanych z samoregulacją stanów emocjonalnych. U starszego dziecka adekwatną metodą pomocy i wsparcia będzie socjoterapia. Socjoterapeuta nie zastępuje figury rodzicielskiej, nie ingeruje w rozwojowo wciąż silną i potrzebną więź opiekun-dziecko. Minimalizuje ryzyko osłabiania zależności, przejęcia odpowiedzialności i funkcji obiektu przywiązania dla dziecka, intensyfikacji prymitywnych obron charakterystycznych dla wczesnych faz rozwojowych (rozszczeplenia).

Pomoc kierowana do młodzieży napotyka wiele problemów przynależnych temu okresowi rozwojowemu: nietrwałość relacji, silne tendencje separacyjne, słaba symbolizacja, przy częstym odreagowaniu trudności w tworzeniu trwałego przymierza terapeutycznego (Ruszkowska, 1997) itp. Proces socjoterapii ma szansę eliminować takie komponenty sytuacji terapeutycznej, które mogą stać na przeszkodzie potrzebom rozwojowym, wykorzystując charakterystyczne dla etapu dojrzewania silne zaangażowanie się w obiekty świata zewnętrznego (grupa rówieśnicza). W okresie dojrzewania dochodzi do powtórnego procesu separacji-indywiduacji. Długoterminowa psychoterapia indywidualna w wielu sytuacjach może być propozycją raczej przeszkadzającą niż wspierającą naturalny proces rozwojowy. Czasami jednak, w wypadku utrudnionych możliwości funkcjonowania w grupie, akceptacji przez grupę czy utrzymania się w procesie grupowym, może stać się jedyną i optymalną opcją. Atrakcyjność grupy rówieśniczej w okresie dojrzewania, jej struktura, ograniczoność czasowa, aktywne i twórcze techniki pracy sytuują socjoterapię jako wysoce adekwatną formę pracy z młodym człowiekiem.

### **3. Socjoterapia: *setting*, relacja, technika**

Podejście psychodynamiczne koncentruje się głównie na wprowadzaniu do procesu socjoterapeutycznego określonego sposobu myślenia i rozumienia w obszarach: 1) rozwojowej perspektywy ujęcia dziecka i możliwych psychopatologii, 2) psychodynamicznego rozumienia procesu grupowego i odnoszenia się do specyficznych zjawisk występujących w takiej sytuacji terapeutycznej, jaką jest socjoterapia.

Socjoterapia korzysta z atrakcyjności grupy rówieśniczej, dziecięcej potrzeby zabawy, aktywności i funkcji regulacyjnej, którą pełni. Owa rozwojowa potrzeba spowodowała wybór grupy jako struktury i przestrzeni do pracy z dzieckiem i młodzieżą.

Oparcie się na procesie grupowym, perspektywy rozwojowe i psychoanalityczne teorie procesów oraz zjawisk występujących w sytuacji terapeutycznej wpływają na podejście i rozumienie wszystkich trzech komponentów pojawiających się w procesie socjoterapeutycznym: *settingu*, relacji i techniki.

### 3.1. *Setting*

Zajęcia socjoterapeutyczne mają charakter ustrukturalizowanych spotkań grupowych, w czasie których realizowane są odpowiednio dobrane gry, zabawy, ćwiczenia. Każde spotkanie ma określony cel szczegółowy, podporządkowany celowi ogólnemu oraz przygotowane formy aktywności sprzyjające osiągnięciu tych celów. Cały cykl socjoterapeutycznych spotkań osadzony jest na specyficznych dla siebie zasadach tzw. *setting*. *Setting* jest swoistą ramą oddziaływań pomocowych, koresponduje ze stałymi sytuacjami terapeutycznej (Anastasopoulos, 2007). Składają się na niego komponenty realne (przestrzeń, czas, miejsce, kontrakt terapeutyczny) i symboliczne (nastawienie, zaufanie, rola socjoterapeuty, akceptacja, zachęta do swobodnej ekspresji). *Setting* determinuje stałość, przewidywalność, trwałość, zaufanie. Potrzeby rozwojowe dziecka, realność, namacalność systemu rodzinnego, w którym funkcjonuje i ich dynamiczne rozumienie powinny być włączone w konstruowanie *settingu*. U dzieci i młodzieży procesy indywidualizacji i separacji, doświadczania autonomii, tworzenia i uwewnętrzniania norm społecznych, wszystkie te zadania rozwojowe powinny determinować ostrożne i elastyczne korzystanie z funkcji *settingu*. Istotne będzie tu przypomnienie, że odmiennie skonstruowane ramy będą pokazywały różne aspekty funkcjonowania intrapsychoicznego dziecka i pobudzały różne mechanizmy psychiczne (Quinodoz, 1992). Niemożliwe jest przedstawienie wzoru uniwersalnego *settingu* w socjoterapii. Wiek uczestników, wstępne cele, możliwości i zasoby instytucji, w której socjoterapia się odbywa, specyfika grupy docelowej, wszystkie te zmienne należy brać pod uwagę. To, co może być uniwersalne, to stałe godziny rozpoczynania i kończenia zajęć, regularność spotkań i pewne istotne zasady kontraktu terapeutycznego: bezpieczeństwo fizyczne uczestników – brak agresji fizycznej, prawo uczestników do zostania wysłuchanym, nie spóźnianie się, zwracanie się do siebie bezpośrednio, unikanie oceny.

Jako rama dla socjoterapii *setting* powinien być stale obecny, podobnie jak w procesie rozwoju dziecka stale obecni powinni być rodzice. Początkowo bardzo realnie, konkretnie, później w coraz bardziej uwewnętrznionej formie.

### 3.2. Relacja

W procesie socjoterapeutycznym istotne jest reflektowanie dynamiki relacji terapeutycznej, a także grupy zjawisk na nią wpływających i jednocześnie jej przynależnych. Gdzie jest owa relacja w procesie socjoterapii? Widoczna jest między uczestnikami grupy, jak również między grupą jako całością a socjoterapeutą. Istnieją zjawiska psychiczne istotne zarówno z punktu widzenia psychicznego funkcjonowania jednostki, relacji interpersonalnej między dwiema osobami, jak i dla dynamiki całej grupy. Takie zjawiska czy procesy to przeniesienie, przeciwprzeniesienie, korektywne doświadczenie emocjonalne, identyfikacja jako rodzaj reakcji przeniesieniowej czy bionowska funkcja alfa.

Wymienione zjawiska pełnią istotną, choć nie jedyną rolę w realizowaniu i rozumieniu terapeutycznego działania socjoterapii. W dużej mierze opiera się ono na udostępnianiu doświadczeń korekcyjnych przeciwstawnych doznany urazom, jak też doświadczeń kompensujących znaczenie i oddziaływanie wczesnych depriwacji. Sprzyja odreagowywaniu napięć emocjonalnych oraz zdobywaniu i rozwijaniu adaptacyjnych umiejętności psychologicznych. Takie rozumienie terapeutycznych możliwości socjoterapii wydaje się szeroko podzielane i cytowane w literaturze przedmiotu (Sawicka, 1999).

Przeniesienie jest sposobem relacji z osobą, takim jej doświadczaniem i przeżywaniem (osoby z terażniejszości) jak osoby z przeszłości. Impulsy, obrony i uczucia odnoszące się do osoby z przeszłości zostają przemieszczone na osobę z terażniejszości. Źródło i matrycę reakcji przeniesieniowych stanowią znaczące postacie z wczesnego dzieciństwa (Freud, 1936). Całość relacji interpersonalnych stanowi połączenie, swoistą mieszankę komponentów przeniesieniowych i realnych (Greenson, 1967). Reakcja przeniesieniowa odnosi się do wszystkich komponentów relacji z obiektem: fantazji, obron, postaw, uczuć czy potrzeb. Innym rodzajem reakcji przeniesieniowej jest identyfikacja (Greenson, 1967) – proces, w którym dochodzi do przejścia konkretnej cechy czy aspektu osobowości drugiej osoby, grupy czy relacji. Reakcje przeniesieniowe w swej istocie są nieświadome i nawet jeżeli doświadczająca ich osoba częściowo jest świadoma źródeł czy powtarzalności swoich zachowań, sposobów przeżywania, to poza świadomą kontrolą pozostają popędowe lub emocjonalne jej obszary czy komponenty. Reakcje z dzieciństwa pojawiają się w przeniesieniu, realizując przymus powtarzania przeszłych relacji, przeżyć i doświadczeń. Wychwytywanie elementów czy też całości reakcji przeniesieniowych ułatwia koncentracja na elementach powtarzalnych, schematycznych i nieadekwatnych (Greenson, 1967). Wskaźnikiem pojawienia się reakcji przeniesieniowej jest również intensywność

ność przeżywania danej sytuacji, jak i jej ambiwalencja, współwystępowanie przeciwstawnych uczuć, z których jedno może ulec obronie i zaprzeczeniu. Uczucia przeniesieniowe mogą być niespójne, niestabilne, dziwaczne. W prowadzeniu grup socjoterapeutycznych przydatne jest rozumienie przeniesienia jako sytuacji totalnej (Joseph, 1985), w której wszystko, co uczestnicy i socjoterapeuta wnoszą w proces grupowy, stanowi „strukturę w której zawsze coś się dzieje, gdzie zawsze jest ruch i aktywność”, zaś wszystkie relacje interpersonalne oparte są na reakcjach przeniesieniowych.

Przeciwprzeniesienie (Racker, 1968) natomiast jest specyficzną, nieświadomą odpowiedzią prowadzącego czy/i członków grupy na wnoszone w interpersonalną przestrzeń pragnienia, potrzeby, lęki, impulsy itp. jednego z uczestników. Może stanowić emocjonalną odpowiedź na jego przeniesienie i będzie widoczne w reakcji prowadzącego i uczestników. Trudne do zreflektowania przez grupę, powinno być – poprzez odniesienie do teorii, szkolenia, doświadczenia własnego w procesie, superwizję – przynajmniej częściowo reflektowane przez prowadzącego.

Wiedza o przeniesieniu i przeciwprzeniesieniu oraz próby ich reflektowania stanowią w obrębie procesu socjoterapeutycznego narzędzie diagnostyczne. Dają możliwość rozumienia zachowania i ekspresji emocjonalnej indywidualnych uczestników, a także grupy jako całości. Jako narzędzie pracy są w głowie socjoterapeuty i tam pozostają. Nie służą do analitycznych interpretacji przeniesienia, ponieważ socjoterapia nie koncentruje się na przeszłości, lecz na tym co jest tu i teraz. W socjoterapii zwracanie uwagi na zjawisko przeniesienia i korzystanie z niego powinno być narzędziem rozumienia i działania socjoterapeuty, nie materiałem do tworzenia interpretacji. Może natomiast pomagać w konstruowaniu takich scenariuszy zajęć, wprowadzaniu odpowiednich ćwiczeń, zabaw czy prowokowaniu w grupie odpowiedniego sposobu komunikacji, aby stymulować zmianę w nieświadomych rolach i scenariuszach z przeszłości.

Alexander w swojej koncepcji korektywnego doświadczenia emocjonalnego podkreśla znaczenie doświadczenia maksymalnie innego niż to, które w przeszłości przeszkodziło w prawidłowym rozwoju aparatu psychicznego i wzorów relacji interpersonalnych (Wallerstein, 1992). Przekładając to na sytuację socjoterapii, konstruowanie innego typu doświadczeń z czasem pozwoli zauważyć i przeżyć nieadekwatność i nieprzystawalność pewnego typu zachowań, odczuć i sposobów interpersonalnego funkcjonowania. Tworzenie i dobór ćwiczeń, zabaw, osób do grup, rodzaju kontaktu z prowadzącym – wszystko to powinno być przygotowywane poprzez reflektowanie przeniesienia, próbę reflektowania przeciwprzeniesienia (superwizja) i konstruowania alternatywnych doświadczeń, które będą pełnić korektywną funkcję. Istnienie grupy i jej struktura oraz osoba prowadząca dają moż-

liwość skonfrontowania się z trudnymi stanami emocjonalnymi, poradzenia sobie z nimi w inny niż dotychczasowy sposób (Wallersten, 1992).

Alternatywne doświadczenia to jednak nie wszystko, ważny jest proces uwewnętrzniania całych aspektów grupy i prowadzącego, który pozwala na samodzielne, odmienne radzenie sobie z nowym doświadczeniem. Początkowo to grupa i prowadzący starają się nadać rzeczywistości zewnętrznej, a tym samym wewnętrznej, inne znaczenie. Później funkcję tę uczestnik uwewnętrznia, dostając nie tylko odmienne doświadczenia, ale rozpoczynając budowę czy naprawę całego aparatu zawiadującego owym doświadczeniem. Takie znaczenie może pełnić uwewnętrznienie tego, co W. Bion nazywa matczyną funkcją alfa (Cierpiałkowska, Gościński, 2010).

Bionowska koncepcja funkcji alfa w pewien sposób wzbogaca rozumienie dziecięcego odreagowania nie tylko jako mechanizmu redukcji napięcia. Dziecko potrzebuje relacji z obiektem, umysłu matki (Bion, 1965), aby na drodze tworzącej się więzi dać podstawy dla własnego umysłu. Stwarza związek pomiędzy tym, co wrodzone a uzyskiwane poprzez zewnętrzne doświadczenia. Dziecko posiada i rozwija możliwości nadawania znaczenia poprzez relację z matką, która przyjmuje i zawiera w swoim umyśle emocje dziecka. Wskutek tego pierwotne i surowe doświadczenia sensoryczne, tzw. elementy beta, zostają ewakuowane i wyprojektowane na matkę. Przyjmuje ona usunięte treści, nadaje im znaczenie, strukturalizuje, uspokaja, czyli poddaje procesowi nazwanemu przez Biona funkcją alfa. Za sprawą tej funkcji matki niepokojące, pierwotne i surowe elementy beta zamieniają się w tzw. elementy alfa, przetworzone i oswojone elementy doświadczenia dziecka. Elementy alfa to takie elementy psychiczne, które zawierają się i nadal mogą być przetwarzane podczas myślenia, pamiętania, śnienia. Matka udostępnia dziecku własną psychiczną, umysłową przestrzeń. Ta umysłowa relacja między nią a dzieckiem pozwala nadawać znaczenia, przetwarzać treści, oswajać czy odtruwać lęki, co więcej, umożliwia uwewnętrznienie całego aparatu i narzędzie przetwarzania – ową matczyną funkcję alfa.

Grupa, podobnie jak matka, może pełnić funkcję osuwającą lęk, nadającą znaczenia stanom emocjonalnym czy doświadczeniu, przenoszącą na poziom symboliczny to, co do tej pory odreagowywano konkretnie i w działaniu. Pozwala dziecku przenosić działanie na poziom psychiczny. Omawianie ćwiczeń, zabaw, interakcji, konfliktów – dotykanie ich poprzez język i symbol – uzupełnia odreagowywanie o możliwość uwewnętrznienia całych procesów przetwarzania emocji i nadawania znaczeń. Niezrozumiałe napięcie i poczucie dyskomfortu zostaje zamienione na sceny, dramy, kompozycje muzyczne czy rysunek. Nadając formę, kształt, znaczenie dziecko częściej radzi sobie z bionowskim bezimiennym lękiem (Bion, 1959).

Rozumienie przedstawionych tu zjawisk psychicznych i możliwość wykorzystania tego rozumienia w praktyce jest konieczne do realizacji podstawowych funkcji socjoterapii: oczyszczania, odreagowania i funkcji korektywnej.

### 3.2.1. Dynamika grupy w aspekcie rozwojowym

Socjoterapia jako metoda pracy z dzieckiem wykorzystuje rozwojową atrakcyjność kontaktów rówieśniczych, opierając oddziaływania pomocowe na procesie grupowym (Sawicka, 1999). Jako rzeczywistość społeczna grupa charakteryzuje się określoną strukturą i specyficzną dynamiką, nieustannie rozwija się i zmienia. W literaturze przedmiotu wyodrębniono etapy procesu grupowego (Grzesiuk 2006), tworząc swoisty dynamiczny schemat jej rozwoju na poziomie behawioralnym, poznawczym i emocjonalnym. Wyodróżnione etapy to: a) faza orientacji, b) faza konfrontacji i eksploracji różnic, c) faza pogłębionej eksploracji problemów na poziomie indywidualnym i grupowym, d) faza kończenia.

#### a) Faza orientacji

Zasadniczym zjawiskiem w początkowej fazie funkcjonowania grupy jest badanie oraz nabywanie orientacji. Uczestnicy poznają się wzajemnie poprzez wstępne, powierzchowne autoprezentacje, próbują zorientować się co do zasad, norm i sposobów funkcjonowania grupy, samodzielnie podejmują się tworzenia reguł. Na tym etapie uczestnik próbuje ustalić swoje miejsce, pozycję i rolę, orientacja odnosi się więc do prób indywidualnego usytuowania się i samookreślenia. Najważniejsze jest ustalenie poziomu bezpieczeństwa w grupie. Dopóki nie zostanie ono korzystnie oszacowane, uwaga będzie kierowana na otoczenie zewnętrzne, a gotowość spontanicznego ujawniania siebie hamowana. Uczestnicy werbalizują oczekiwania i potrzeby kierowane do grupy. Silnie antycypują zagrożenie, charakterystyczne dla tego etapu są czujność, niski poziom zaufania i lęk. Źródła oporu są częściowo nieświadome, częściowo oparte na istnieniu ważnych, nieujawnionych treści. Dziecko mogło zostać naklonione do uczestnictwa w grupie, co pogłębia nieufność i niechęć.

To, co pomaga socjoterapeucie na tym pierwszym etapie tworzenia się grupy, to omawiany już w rozdziale setting – wprowadzenie jasnych zasad odnośnie funkcjonowania grupy i roli prowadzącego. Setting występuje tu w roli kontenera (Quindoz, 1992), obniżając poziom lęku w grupie. Na tym etapie uczestnicy chętnie wyrażają uznanie i zadowolenie z udziału w zaję-

ciach, raczej doszukują się podobieństw niż różnic, skupiają się na pozytywach, pomijając negatywne odczucia. Dzieci w typowy dla siebie sposób zabiegają o uwagę, zainteresowanie grupy i prowadzącego, mogą, prowokując uzyskanie wsparcia i opieki, wchodzić w pozycję przywódcy, a także milczeć i alienować się. Taki sposób funkcjonowania grupy jest wysoce schematyczny, w praktyce w niektórych wypadkach może przyjmować odmienną formę. Odnosi się jednak do silnej i uniwersalnej potrzeby poczucia jedności, a co za tym idzie pomijania różnic i niedostrzegania różnorodności. Już pod koniec tej fazy pojawiają się zachowania bądź wypowiedzi świadczące o niezadowoleniu, złości czy irytacji. Zyskiem tego etapu jest wstępna identyfikacja z grupą, zmniejszenie lęku, czujności, wzrost poczucia bezpieczeństwa, znajomości zasad i reguł (Oyster, 2000).

### **b) Faza konfrontacji i eksploracji różnic**

Na tym etapie dyskomfort i trudności z przebywaniem w grupie są już wyraźnie widoczne. Istotą tej fazy jest odkrycie i uaktywnienie się wewnętrznego konfliktu między zbliżaniem się, zaangażowaniem, a utrzymaniem bezpiecznego dystansu. Konflikty uwidaczniają się na gruncie interpersonalnym: walka o władzę, uwagę, pozycje (Grzesiuk, 1994). Uczucia złości, niezadowolenia mogą przybierać formę werbalną lub realizować się w fizycznym odreagowaniu. Złość może być okazywana całej grupie, częściej jednak ma swoich przedstawicieli, mniej lub bardziej świadomie delegowanych przez resztę uczestników. Konflikty wewnątrzgrupowe świadczą o mniejszym poziomie lęku, rosnącym zaufaniu i gotowości do zaangażowania się. Pojawiają się podgrupy, uwidaczniając wzrost procesów wyodrębniania się i różnicowania. Wyłania się silniej zróżnicowana struktura grupy, tworzą się interpersonalne więzi, role grupowe destabilizują się. Uczestnicy ponownie nazywają oczekiwania i potrzeby.

### **c) Faza pogłębionej eksploracji problemów na poziomie indywidualnym i grupowym**

Już poprzedni etap zwiększył poczucie bezpieczeństwa, wprowadził możliwość wyrażania zarówno pozytywnych, jak i negatywnych uczuć bez konsekwencji odrzucenia czy narażenia się na śmieszność. Daje to szansę na osobiste zaangażowanie się w grupę, ujawnianie się indywidualnej problematyki. Dziecko zaczyna wypróbowywać inne sposoby zachowania, kontaktu z rówieśnikami, z prowadzącym. Bardziej elastycznie posługuje się rolami czy wzorcami postępowania. Prowadzący staje się bardziej realistyczny, dzieci zaś bardziej samodzielne, wymagają w mniejszym stopniu jego opieki i uwagi. Poszerza się komunikacja, zwiększa inicjatywa, kreatywność, spon-

taniczność. Grupa charakteryzuje się wysokim poziomem zaufania i spójności, swobodnym przepływem informacji zwrotnych, akceptacją, tendencją do wspierania poszczególnych osób, większą skłonnością do brania odpowiedzialności.

#### d) Faza kończenia

W fazie tej zbliża się czas zakończenia spotkań grupowych, w naturalny sposób dyktowany ustalonym wcześniej terminem, ilością spotkań, odejściem czy rezygnacją części uczestników. Optymalny rozwojowo etap kończenia charakteryzuje się podsumowywaniem doświadczeń, integrowaniem ich zarówno na osobistym, jak i grupowym poziomie, wyrażaniem opinii co do zysków z uczestnictwa na grupie, jak również zaistniałych braków czy rozczarowań. Pojawia się złość, przygnębienie, smutek, zadowolenie, ulga. Uczestnicy mogą wycofywać się z interpersonalnej aktywności, zmniejszając zaangażowanie i otwartość, równocześnie aktywizuje się planowanie i myślenie o tym, co będzie już „po”. Kontekst grup socjoterapeutycznych może być różny – optymalnie, jeżeli jest to niezależne od otoczenia dziecka miejsce, często będzie to jednak szkoła, świetlica socjoterapeutyczna, a więc obejmujące swoim zasięgiem miejsce jego zamieszkania. Nawet wtedy procesy separacji, rozstawania zaistnieją i spełnią swoją terapeutyczną, rozwojową funkcję.

Tak szeroko rozumiana fluktuacja procesu grupowego daje możliwość odniesienia jej do różnych perspektyw psychodynamicznego myślenia. Możemy zobaczyć rozwój grupy w obszarze indywidualnego psychospołecznego rozwoju jednostki, ponownie odnosząc się do teorii rozwojowej Mahler (Rutan, Stone, 2001). Możemy próbować uchwycić dynamikę procesów gru-

Tabela 1. Etapy rozwoju psychospołecznego według Erika Eriksona

Etapy rozwoju	Osiągnięcie rozwojowe	Zagrożenie rozwojowe	Cnota podstawowa
1.	Ufność	brak zaufania	nadzieja
2.	Autonomia	wstyd i zwątpienie	wola
3.	Inicjatywa	poczucie winy	stanowczość
4.	Przedsiębiorczość	poczucie niższości	kompetencja
5.	Tożsamość	pomieszanie ról	wierność
6.	Intymność	izolacja	miłość
7.	Produktywność	stagnacja	troskliwość
8.	Integralność	rozpacz	mądrość

Źródło: opracowano na podstawie E.H. Erikson (2000)

powych w pływach pozycji schizoparanoidalnej i depresyjnej Melani Klein (Cierpiałkowska, Gościński, 2010). Dla pracy z dzieckiem w obszarze socjoterapeutycznych oddziaływań użyteczna może się okazać eriksonowska perspektywa rozwoju psychospołecznego, wprowadzająca w cykl życia jednostki osiem wyodrębnionych etapów związanych z rozwojowymi kryzysami, potrzebami, zagrożeniami i osiągnięciami (Erikson, 2000). Sukces w pozytywnym rozwiązaniu konfliktu wymaga wypracowania i odwołania się do odpowiedniej witalności, cnoty podstawowej, równoczesnego narzędzia i efektu na ścieżce psychospołecznego rozwoju.

Trudności i nieadekwatne sposoby poradzenia sobie z zaistniałym konfliktem, rozwojowe zagrożenia, brak podstawowych zasobów wewnętrznych i doświadczeń stanowią w odniesieniu do pojedynczego dziecka, a także grupy jako całości, kontekst i wyzwanie dla socjoterapii.

Teoria rozwoju psychospołecznego może stanowić wygodne źródło odniesienia przy przygotowywaniu scenariuszy zajęć dla dzieci i młodzieży. Wszystkie osiem etapów wyodrębnionych przez Eriksona w odniesieniu do całego życia jednostki można zastosować w perspektywie mikro, w obszarze dynamicznego rozwoju jednostki i grupy oraz specyficznych dla niej zadań rozwojowych. Pojawia się wtedy osiem obszarów pracy z dzieckiem i grupą, obszarów skoncentrowanych na: 1) ufności – wchodzeniu w proces grupowy, 2) dziecięcej autonomii, odrębności, 3) podejmowaniu inicjatywy, 4) zaradności, 5) realizowaniu ról społecznych i płciowych, 6) bliskości, tworzeniu i utrzymywaniu więzi, 7) kreatywności, 8) rozstawaniu się z grupą, separacji. Przygotowując scenariusze zajęć socjoterapeutycznych, stosując techniki, interwencje, reagując i myśląc o procesie, warto odnosić się i posilkować teoriami rozwoju zarówno w kontekście dynamiki jednostki, jak i całej grupy.

### 3.3. Technika

Treści, metody pracy z dzieckiem i techniki ich realizacji powinny być powiązane z wiekiem uczestników i etapem rozwojowym grupy. Konstruując scenariusze zajęć dla dzieci w wieku wczesnoszkolnym, uwzględniamy ich potrzebę:

- aktywności ruchowej,
- zabawy,
- twórczości,
- zdobywania wiedzy o świecie,
- wsparcia ze strony dorosłych,
- wspólnej (grupowej) aktywności.

Treść i tematyka zabaw, ćwiczeń czy rozmów obejmuje naturalnie pojawiające się na tym etapie rozwoju społecznego obszary: rodziny, spędzania czasu wolnego (zainteresowań), związków uczuciowych (dziecięcych przyjaźni, nastoletnich miłości), aspiracji, autoprezentacji (Sawicka, 1999). Istotne dla procesu socjoterapeutycznego jest pozyskanie treści, indywidualnych historii pojawiających się w czasie realizacji zaplanowanych ćwiczeń czy spontanicznych aktywności. Bez rozpoznania sytuacji rodzinnej, społecznej, świadomych i nieświadomych pragnień, dylematów, impulsów, jakości dziecięcych zależności utrudnione, a czasem niemożliwe jest realizowanie któregośkolwiek z rozwojowych, edukacyjnych czy terapeutycznych celów socjoterapii.

Socjoterapeuta, korzystający z podejścia psychodynamicznego, swobodnie używa dowolnych technik pracy z dzieckiem i grupą, tzn. technik, sposobów pracy bądź nawet fragmentów innych metod, których pochodzenie i teoretyczna identyfikacja może być zasadniczo różna od perspektywy psychodynamicznej. Jednymi z najbardziej użytecznych sposobów pracy w socjoterapii mogą być:

- 1) Terapia zabawą – jako technika odpowiada rozwojowym potrzebom dziecka, stąd częste, naturalne wykorzystywanie jej w socjoterapii. Ma nieocenioną funkcję diagnostyczną szczególnie na początku procesu, kiedy wiedza socjoterapeuty o indywidualnych uczestnikach jest niska. Szybko pozwala zorientować się, w jaki sposób dziecko inicjuje kontakt, jak reaguje na interpersonalną aktywność innych. W sposób bezpieczny i mało ingerujący ze strony prowadzącego pokazuje schematy i wzorce funkcjonowania dziecka. Takie obserwacje ułatwią przygotowanie optymalnych scenariuszy kolejnych zajęć. Natomiast terapeutyczna funkcja zabawy zawiera jej komponentę oczyszczającą i regulującą emocje.
- 2) Dialog terapeutyczny – jest to relacja określona zarówno w swoim celu, jak i zakresie, asymetryczna, w której socjoterapeuta powinien słyszeć i nadawać znaczenia tak werbalnym, jak i niewerbalnym treściom ujawniającym się w dialogu. Warunkiem efektywności dialogu terapeutycznego jest emocjonalna więź między dzieckiem a socjoterapeutą oraz poznanie i rozumienie wzajemnych gestów, sposobów komunikacji. Socjoterapeuta rozumie dynamikę kontaktu i korektywnie wykorzystuje to rozumienie w dialogu.
- 3) Arteterapia – opiera się na wyobraźni dziecka, prowokując twórczy i aktywny kontakt ze sztuką. Dziecko wychodzi poza biernego odbiorcę tego, co zostało stworzone, nadane, w pewien sposób narzucone przez innego. Aktywnie kreuje „po swojemu”, niezależnie z pełnym poczuciem sprawstwa, krępowanym jedynie swoimi naturalnymi ograniczeniami – umiejętnościami. Co istotne, może dokończyć dzieła,

mieć wpływ na ów proces kończenia. Arteterapia może dotyczyć muzykowania, śpiewu, tańca. Istotnym i wartym wyodrębnienia „sposobem” na arteterapię jest rysunek terapeutyczny. Twórcza ekspresja dziecka ma znaczącą wartość diagnostyczną, pokazuje jego doświadczenia, sposób przeżywania relacji z opiekunami, jego stosunek do otoczenia, obecny w czasie rysowania nastroj. Treść rysunku, przestrzenne rozplanowanie, jego geometria, kolor i intensywność barw, rodzaj i sposób użycia symbolu – wszystko to ma wartość diagnostyczną.

4) Psychodrama/Drama – sytuacja symulacyjna, w której dziecko, chowając się za „maską” postaci, odgrywa rolę, wykorzystując własne problemy czy przeżycia. Nadaje indywidualne i osobiste znaczenia, wprowadza swoją emocjonalność i doświadczenie. Wykorzystywanie psychodramy jako techniki daje szerokie możliwości konstruowania scenariuszy odpowiednich do problematyki indywidualnego uczestnika czy etapu rozwoju grupy. Dziecko może odgrywać samego siebie, nadać innemu uczestnikowi rolę swojego sobowtóra bądź sumienia itp. Technika zamiany ról może być przykładem korekcyjnego wykorzystania psychodramy w socjoterapii:

- przedstawienie problemu przez dziecko,
- zamiana ról,
- powrót do ról początkowych i wprowadzenie nowego scenariusz rozmowy bądź przedstawionej pierwotnie sytuacji.

Wartość terapeutyczna psychodramy powinna ujawnić się również w „dyskusji po”, szczególnie dotyczącej pojawiających się w trakcie uczuć. Drama natomiast z zasady pozwala dziecku na wcielanie się w role i identyfikację z innymi osobami.

Jest istotne, aby sposób i czas użycia technik socjoterapeutycznych współgrał z dynamiką rozwoju grupy. Psychodrama nie jest odpowiednią techniką na wczesnym etapie funkcjonowania grupy, kiedy wysoki poziom lęku uczestników będzie aktywizował opór, ograniczał swobodną ekspresję i zmniejszał szansę realizacji jej korektywnej funkcji. Natomiast przy starszych uczestnikach takie techniki, jak wizualizacja czy relaksacja, kiedy w grupie aktywizują się wątki edypalne, rośnie pobudzenie i napierają impulsy seksualne, mogą być zastąpione aktywniejszymi formami zabawy.

## Zakończenie

Według Anny Freud miarą problematyki psychospołecznej jednostki jest odległość, jaka ją dzieli od normalnej ścieżki rozwoju. Zachowanie jest manifestacją intrapsychicznego zaburzenia, a wewnętrzna zmiana możliwa jest

poprzez relacje interpersonalne. Perspektywa rozwojowa jest istotą i podstawą psychodynamicznego rozumienia, „myślenia o” oraz praktykowania socjoterapii. Przedstawiona w rozdziale próba jej ujęcia jest jedynie pewnym, specyficznym wycinkiem myślenia o procesie. Wybór teorii, techniki jest znacznie szerszy i zawsze powinien wynikać z indywidualnego rozumienia socjoterapeuty, opartego na konkretnym przypadku, konkretnej grupie. To właśnie indywidualność i unikalność każdej sytuacji terapeutycznej powinna być nadrzędna w stosunku do wyboru teorii, metody, techniki pracy, określaniu ram socjoterapii, jej przydatności i użyteczności jako formy pomocy.

W związku z powyższym celem niniejszego rozdziału nie było definiowanie i strukturalizowanie zjawiska socjoterapii, a raczej otwarcie pewnego myślenia o procesie i zjawiskach psychicznych. Istotą socjoterapii widzimy w relacjach interpersonalnych, prowokujących przestrzeń do ujawniania treści intrapsychicznych. Ich indywidualna złożoność, jak też sposób funkcjonowania grupy żyje, odgrywa się w socjoterapeucie i powinna przekładać się na jego rozumienie procesu, konstruowanie *settingu*, wybór zabaw, aktywności, tematów rozmów, interakcji z poszczególnymi uczestnikami czy tworzenie werbalnych i niewerbalnych komunikatów.

## LITERATURA

- AICHLINGER, A., HOLL, W. (1999). *Psychodrama. Terapia grupowa z dziećmi*. Kielce: Wydawnictwo Jedność.
- ANASTASOPOULOS, D. (2007). Naruszenie settingu i granic w terapii psychoanalitycznej adolescentów. Warszawa [Referat w czasie konferencji IPP Instytut Psychoanalizy i Psychoterapii].
- BION, W. (1959). *Attacks on Linking*. „International Journal of Psychoanalysis”, 40, pp. 308-315.
- BION, W. (1965). *Transformations*. London: Karnac Books.
- BLOS, E. (1979). *The adolescent passage*. New York: Int. Univ. Press.
- CHRZAN-DĘTKOŚ, M. (2011). *Psychoterapia matki i dziecka w ujęciu psychodynamicznym*. „Przegląd Psychodynamiczny”, 2, s. 44-47.
- CIERPIAŁKOWSKA, L., GOŚCINIAK, J. (2010). *Technika i relacja terapeutyczna we współczesnej psychoanalizie*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- ERIKSON, E.H. (2000). *Dzieciństwo a społeczeństwo*. Warszawa: Rebis.
- FREUD, A. (1936). *Ego i mechanizmy obronne*. Warszawa: PWN.
- FREUD, S. (2007b). „Ja” i „to”. W: S. Freud. *Psychologia nieświadomości*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- GOLDSTEIN, E.G. (2003). *Zaburzenia z pogranicza*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- GREENSON, R.R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. New York: Int. Univ. Press.
- GRZESIUK, L. (1994). *Psychoterapia grupowa*. Warszawa: PWN.
- GRZESIUK, L. (2006). *Psychoterapia. Praktyka*. Warszawa: ENETEIA.

- GUNTRIP, H. (1971). *Psychoanalytic Theory, Therapy and the Self*. New York: Basic Books.
- JOSEPH, B. (1985). *Transerence: the total situation*. „International Journal of Psychoanalysis”, 66, pp. 447-454.
- MAHLER, M.S., PINE, F., BERGMAN, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- MITCHELL, S.A., BLACK, M.J. (1995). *Freud and Beyond*. New York: Basic Books.
- OYSTER, G.K. (2000). *Grupy*. Poznań: Zysk i S-ka.
- RACKER, H. (1968). *Transference and Countertransference*. N.Y.C.: Int. Univ. Press.
- RUSZKOWSKA, E. (1997). *Okres adolescencji w ujęciu psychoanalitycznym*. Dialogi. Zeszyty Instytutu Psychoanalizy i Psychoterapii, nr 1/2.
- RUTAN, J.S., STONE, W.N. (2001). *Psychodynamiczna terapia grupowa*. New York & London: The Guilford Press.
- SAWICKA, K. (1999). *Socjoterapia*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- SCHIER, K. (2000). *Terapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: przeniesienie*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- QUINODOZ, D. (1992). *The psychoanalytic setting as the instrument of the container function*. „International Journal of Psycho-Analysis”, 73, pp. 627-636.
- WALLERSTEIN, R.S. (1992). *The common ground of psychoanalysis*. Northvale-New Jersey-London: Jason Aronson Inc.



# Diagnoza psychodynamiczna w socjoterapii

## Wprowadzenie

Przeglądając literaturę dotyczącą zakresu działań socjoterapeutycznych czy psychoedukacyjnych z dziećmi i młodzieżą, napotykamy szereg różnych definicji opisujących te działania. Refleksja, jaka nasuwa się podczas literatury tego przeglądu, jest następująca. Wiele definicji działań socjoterapeutycznych, czasem działań nazwanych pomocą psychologiczną, odnosi się do takich pojęć, jak: cele i zadania terapeutyczne, działania terapeutyczne, funkcje terapeutyczne określonych działań. Sugerują one, że granica pomiędzy tymi socjoterapeutycznymi, może w mniejszym stopniu psychoedukacyjnymi, a psychoterapeutycznymi aktywnościami, jakie proponowane są dzieciom i młodzieży, jest niewielka, czasem zaś w ogóle nie istnieje.

Od lat 70. XX wieku w obszarze szeroko pojętej pomocy psychologicznej dochodzi do wyraźnego zacierania się granic pomiędzy psychoterapią a pochodnymi i podobnymi działaniami, takimi jak: socjoterapia, trening osobisty, grupa rozwoju osobistego czy właśnie socjoterapia (Kratochvil, 1978; Kitrasiewicz, 2006). W Polsce osobą reprezentującą ten trend był lekarz psychiatra Kazimierz Jankowski (1975), proponujący odmedyczynienie psychiatrii oraz psychoterapii. Wielokrotnie można usłyszeć w różnych ośrodkach psychoedukacyjnych i socjoterapeutycznych o celach i zadaniach terapeutycznych, aczkolwiek słowo „terapeutyczny”, choć kojarzone jest z psychoterapią, w tym kontekście nie sposób potraktować dosłownie. Nie ma ono bowiem najczęściej związku z psychoterapią jako celowym działaniem nastawionym na leczenie drugiego człowieka. Jednak, jak wspomniano wcześniej, od około 40 lat w zakresie podobieństw słów, dokonywania określonych zapożyczeń, często mających charakter aneksji terminów i znaczeń, określenie „terapeutyczny” zadomowiło się w takich obszarach, w których wcześniej nie było stosowane.

Owe zapożyczenia dokonują zmiany znaczeń słów, tworzą ich nowe definicje, niekoniecznie zgodne z rzeczywistością, z historią ich rozwoju i wcześniejszego zastosowania. Proces zapożyczeń terminów prowadzi nie tylko do zatarcia granic pomiędzy różnymi działaniami z kręgu pomocy psychologicznej, ale wprowadza w świadomość społeczną przekonanie, że np. afirmacyjne powtarzanie pozytywnych dla siebie samego stwierdzeń jest lecznicze, zaś przykładowo taniec i malowanie obrazów zmienia naszą osobowość. Celowo użyto w tym miejscu takich słów jak leczenie czy zmiana osobowości, ponieważ zawarte są one w definicji psychoterapii jako procesu leczenia (Grzesiuk, 1994). Skoro więc dochodzi do wspomnianych wcześniej zapożyczeń czy wręcz aneksji terminów i definicji, to działania mówiące o tzw. „terapeutycznych” celach i zadaniach winny zajmować się leczeniem, zmianą osobowości i podobnymi aspektami opisywanymi w procesie leczenia ludzi chorych i cierpiących. Dlatego bardziej adekwatne byłoby użycie bardzo szeroko rozumianego terminu „rozwój osobisty”, w ramach którego wiele intencjonalnych działań psychologicznych i pedagogicznych będzie nakierowane na zdobywanie nowej wiedzy i nowych umiejętności psychospołecznych, a niekoniecznie na leczenie osób z różnymi zahamowaniami.

Obecnie w wielu środowiskach dochodzi do zrównania tych dwóch terminów – psychoterapii oraz pomocy psychologicznej, w skład której niewątpliwie wchodzić będzie socjoterapia. Stąd pomocą psychologiczną będziemy mogli nazywać działania psychologiczne opierające się na diagnozie psychologicznej, podporządkowanej określeniu tego, co dla konkretnego człowieka jest korzystne, a co niekorzystne (Kokoszka, Drozdowski 1993). Pomoc psychologiczna to działania ukierunkowane na rozwój jednostki, czyli samorealizację, na promocję bardzo szeroko rozumianego zdrowia, prewencję patologii, pomoc w sytuacjach kryzysowych. Zatem nie jest to leczenie chorego człowieka, ale pomoc psychologiczna w rozwiązywaniu problemów jednostki, bieżących konfliktów konkretnego człowieka.

Intencją niniejszego opracowania jest opisanie znaczenia, celów, funkcji oraz specyficznych aspektów diagnozy w procesie socjoterapii. Wydaje się to być zadaniem niełatwym ze względu na owo zatarcie granic w definicjach i znaczeniach poszczególnych terminów, którymi posługuje się socjoterapia. Przyjęcie więc założenia pozwalającego umieścić konkretne działania, konkretne procesy w określonych miejscach i zakresach swoich funkcji, dają możliwość uczynienia klarowniejszym temat i podmiot zainteresowań tego opracowania, stanowiąc o możliwości odniesienia się do procesu diagnozy w socjoterapii, bez niejasnych i skomplikowanych związków z psychoterapią. Konsekwentne zastosowanie jednego paradygmatu daje możliwość zdefiniowania, czym jest a czym nie jest socjoterapia i psychoterapia, czy też czym winna się zajmować diagnoza w ich użyciu. Ów paradygmat stanowi

niejako punkt odniesienia, pozwala interpretować opisywaną rzeczywistość, definiować czym ona jest, stanowiąc pryzmat, przez który należy na nią spoglądać, daje oparcie, wskazuje możliwości, określa zakres użyteczności tych definicji i konfrontuje z ich ograniczeniami.

Można się nie zgodzić z określoną teoretyczną perspektywą, z owym pryzmatem, przez który spoglądamy na opisywaną rzeczywistość, ale nie zmienia to faktu, że dla porządku i zachowania granic w definicjach taka czy inna perspektywa teoretyczna powinna być zaproponowana i zachowana. Dopiero to gwarantuje tworzenie definicji socjoterapii i psychoterapii, nie zaś socjoterapii czy psychoterapii w ogóle, definicji socjoterapii i psychoterapii osadzonych w określonej perspektywie teoretycznej, pozwalającej zachować wyraźny rozdział w terminach opisujących różną rzeczywistość.

## 1. Rozumienie socjoterapii

### 1.1. Definicja socjoterapii

W literaturze przedmiotu spotykamy się, jak już wcześniej wspomniano, z wieloma dość różnorodnymi sposobami definiowania pojęcia socjoterapia. W zasadzie ich przegląd już został poczyniony. Nie ma więc potrzeby, aby w tym miejscu czynić to ponownie. Istnieje natomiast ważny powód, wcześniej już sygnalizowany, aby przyjąć określony punkt widzenia, rozumienia i definiowania procesu socjoterapii dla celów niniejszego rozdziału.

Definicje socjoterapii różnią się od siebie w zakresie podmiotu swoich oddziaływań. I tak zdecydowana większość teoretyków i praktyków będzie zajmować się dziećmi i młodzieżą, lokując socjoterapię przede wszystkim w obszarze oświaty (Sawicka, 1999), a nawet określając bardziej szczegółowo docelową grupę oddziaływań socjoterapeutycznych jako dzieci i młodzież pochodzące ze środowisk dysfunkcyjnych wychowawczo (John-Borys, 2005). Dlatego też w pracy zbiorowej pod redakcją Sawickiej (1999) znajdujemy definicję, że „socjoterapia to metoda leczenia zachowania i niektórych zaburzeń emocjonalnych, adresowana do dzieci i młodzieży w toku spotkań grupowych”. W definicji tej widać wyraźnie, jak wkrada się słowo leczenie do działań, które w innych definicjach określone zostały jako działania edukacyjne, rozwojowe i korekcyjne. Dlatego dla uzyskania jasnego podziału celów i zadań socjoterapii proponuję zacytować definicję już przedstawioną czytelnikowi w niniejszym skrypcie, wedle której socjoterapia to „forma pomocy psychologicznej w obszarze oświaty i instytucji opiekuńczo-wychowawczych, ukierunkowana na dzieci i młodzież z grup ryzyka lub/i przejawiających zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym, która polega

na intencjonalnym uruchamianiu czynników pomocowych, wykorzystujących procesy grupowe w celu kompensacji potencjalnych deficytów rozwoju psychospołecznego uczestników grupy” (za: Jankowiak, Soroko). Definicja ta wyraźnie wskazuje podmiot swoich oddziaływań, cel oraz charakterystykę pracy, unikając jednocześnie łączenia znaczeń oddziaływań rozwojowych, korekcyjnych, psychoedukacyjnych z psychoterapeutycznymi.

## 1.2. Zadania socjoterapii

Z definicji socjoterapii wynikają zadania, jakie stawia przed sobą socjoterapeuta. Można wymienić bardzo ogólne zadania polegające na realizacji celów rozwojowych i terapeutycznych (Reber, 2000), uzyskiwane poprzez organizację środowiska grupowego wspomagającego procesy korekcji swoich zachowań, jak również procesy wsparcia w sytuacjach kryzysowych. Można też wymienić zadania szczegółowo opisywane i określające wyraźnie zakres działań i zainteresowań socjoterapeuty. Oprócz wymienionych zadań ogólnych znajdziemy tutaj: przebudowę negatywnych sądów o sobie – niektórzy autorzy nazywają to poczuciem wartości lub obrazem własnej osoby; uczenie się nowych i bardziej korzystnych sposobów funkcjonowania w obszarze interpersonalnym czy też nowych wzorców zachowań; przeżycie korektywnego doświadczenia, stanowiącego alternatywę dla przeżytych wcześniej urazów (Strzemieczny, 1988); umiejętność rozwiązywania konfliktów (Sobolewska, 1993); umiejętność pełnienia ról społecznych; odreagowanie napięć emocjonalnych (Sawicka, 1999), czyli wykorzystanie procesu grupowego realizowanego w trakcie spotkań do inicjowania i ukierunkowania określonych zmian u poszczególnych członków grupy. Zadania te zdecydowanie można uznać za jak najbardziej adekwatne w obszarze psychoedukacji i pomocy psychologicznej, ale już niekoniecznie w zakresie leczenia, czyli psychoterapii.

Cel terapeutyczny, opisywany w literaturze zajmującej się socjoterapią i pomocą psychologiczną, jest dość specyficznie pojmowany. W wielu środowiskach socjoterapeutycznych uważa się, że prowadząc działania socjoterapeutyczne, realizuje się cele terapeutyczne, czyli lecznicze. Dlatego łatwo spotkać taką opinię, iż „socjoterapię, jak sama nazwa wskazuje, zaliczamy do procesów psychokorekcyjnych, leczniczych, ukierunkowanych na eliminowanie lub na zmniejszanie poziomu zaburzeń” (Sawicka, 1999). Wydaje się jednak, że bardziej adekwatne byłoby spojrzenie na tzw. cel terapeutyczny nie jako na cel zamierzony, w znaczeniu zamierzonych działań leczniczych, ale jako na efekt działań korekcyjno-edukacyjnych, których konsekwencją jest poprawa funkcjonowania. Dlatego można się zgodzić, że

w socjoterapii wyróżniamy dwie zasadnicze grupy celów, rozumianych jako intencjonalne działania socjoterapeuty:

- cele rozwojowe - czyli wszelkie oddziaływania odpowiadające na potrzeby rozwojowe młodego człowieka, wzmocnienie możliwości realizacji rozwojowych zadań stojących przed nim, ułatwienie funkcjonowania w sytuacji kryzysu rozwojowego, w szczególności w okresie adolescencji, czasem kompensowanie deficytów rozwojowych, wspomaganie rozwoju określonych funkcji aparatu psychicznego, szczególnie *Ego* i *Superego*;
- cele psychoedukacyjne - czyli odreagowanie napięć psychicznych, uczenie się nowych, bardziej adekwatnych zachowań, które nie dostarczają zbyt dużych negatywnych konsekwencji, odkrywanie zasobów jednostki, korekta zaburzeń w funkcjonowaniu psychospołecznym, zdobywanie wiedzy o sobie, otaczającym interpersonalnym świecie.

Cel terapeutyczny nie zostaje więc w tym miejscu wymieniony jako taki, który intencjonalnie jest realizowany. W efekcie podejmowania różnorodnych zadań zawartych w dwóch wymienionych grupach celów powinny występować zmiany w funkcjonowaniu młodego człowieka w wielu sytuacjach, w których wcześniej sprawiał kłopoty lub sobie nie radził, ale nie mówimy wtedy o zmianie osobowości, wskutek której owa zmiana nastąpiła, ale raczej o wyniku bardziej adaptacyjnego rozwiązania, choćby jakiegoś rozwojowego procesu czy np. przekroczeniu określonego rozwojowego kryzysu.

### 1.3. Dla kogo jest socjoterapia

Wielu autorów podkreśla trudność w dokonywaniu diagnozy do działań socjoterapeutycznych (Cierpiałkowska, 2008), choć najczęściej wymieniane są zaburzenia w zachowaniu, niektóre zaburzenia emocjonalne, problemy z dysfunkcyjnymi rodzinami, alkoholizm i/lub przemoc w rodzinie. W zasadzie dzieci i młodzież sprawiające kłopoty wychowawcze, nieradzące sobie z zadaniami socjologicznymi, jakie przed nimi stoją, nierealizujące zadań rozwojowych, prezentujące dezadaptacyjne zaburzenia funkcjonowania, mogłyby być objęte opieką socjoterapeutyczną. Niektórzy autorzy wymieniają bardziej szczegółowe problemy dzieci i młodzieży, które powinny kwalifikować je do objęcia działaniami socjoterapeutycznymi, np.: nieśmiałość, negatywny obraz siebie, niskie poczucie własnej wartości, brak zaufania do siebie i własnych możliwości czy wreszcie brak akceptacji swoich ograniczeń (Sawicka, 1999).

Nie sposób zgodzić się ze wszystkimi wymienionymi powyżej punktami, ponieważ możemy zauważyć, jak łatwo dotykamy bardzo cienkiej gra-

nicy pomiędzy psychologią a psychopatologią. Przyjęcie psychodynamicznej perspektywy uczuła nas na to, aby zwrócić szczególną uwagę na aspekt sytuacji rozwojowej dziecka czy adolescenta, by w opisywaniu jego rzeczywistości wziąć pod uwagę jego aktualne możliwości społeczno-psychologiczno-emocjonalne. Psychodynamiczna perspektywa jest jedyną, która dysponuje koncepcjami psychologii rozwojowej, popartymi rzetelnymi badaniami naukowymi, tworząc niejako matrycę rozwoju człowieka od jego najwcześniejszych dni, tygodni i miesięcy aż po dorosłe lata. Dlatego też opis zaistniałego faktu w życiu dziecka, opis jego cech funkcjonowania psychospołecznego, jego emocjonalnych atrybutów w zastosowaniu owej rozwojowej matrycy pozwala poruszać się w miarę pewnie przy próbie rozstrzygnięcia, czy dane zachowanie dziecka jest normą w danym czasie rozwojowym, czy jest już powodem do niepokoju (Wacholc, 2006).

Z tej perspektywy niepewność swojej wartości, obraz siebie, narcystyczne zachowania adolescentów, depresyjne myśli mogą mieć znaczenie rozwojowe, nie budzą więc zbytniego niepokoju, albo też mogą już nabierać charakteru bardziej patologicznego, wobec którego trzeba będzie zastosować odpowiednie leczenie. Częstość lęk, wątpliwość, niepewność czy niskie poczucie wartości traktujemy dość dosłownie, a wtedy właśnie przekraczamy granicę pomiędzy psychologią – czyli jakimś stylem funkcjonowania albo etapem w rozwoju emocjonalnym, słowem rozwojową normą – a psychopatologią, gdzie uznajemy, że dane zachowanie jednoznacznie stanowi o jakimś niepokojącym procesie wewnątrzpsychicznym. Stąd bez uwzględnienia kryteriów rozwojowych, bez opisanie tej matrycy, na której będzie można zobaczyć funkcjonowanie konkretnego dziecka w okresie latencji, późnej latencji, wczesnej adolescencji czy adolescencji, nie jest możliwe udzielenie bardziej szczegółowej i jednoznacznej odpowiedzi na pytanie: do kogo skierowana jest socjoterapia?

## **2. Rozumienie psychoterapii**

### **2.1. Definicja psychoterapii**

Z powodu występujących tendencji do łączenia znaczeń słów, takich jak pomoc psychologiczna, socjoterapia i psychoterapia, należy krótko odnieść się do definicji psychoterapii. Grzesiuk (1994) o psychoterapii stwierdza, że jest to „specjalistyczna metoda leczenia, polegająca na intencjonalnym stosowaniu zaprogramowanych oddziaływań psychologicznych, wykorzystujących kompetencje psychoterapeuty w procesie niesienia pomocy osobom z zaburzeniami psychogennymi oraz z takimi zaburzeniami, które mają psy-

chologiczne konsekwencje". Jak widać, słowo leczenie pojawia się bardzo wyraźnie i jest ono reprezentowane w innych bardziej słownikowych definicjach. Na przykład Moore, Fine (1996) piszą, że psychoterapia to dosłownie rzecz ujmując „leczenie psychologiczne”, a Laplanche, Pontalis (1996) psychoterapię traktują jako „metodę leczenia zaburzeń psychicznych lub somatycznych, stosującą środki psychologiczne”.

Psychoterapią będziemy mogli nazwać proces leczenia pacjentów, wykorzystujący środki psychologiczne, przede wszystkim relację terapeutyczną, prowadzący do zmian w zakresie pewnych cech osobowości pacjenta, jego sposobów adaptacji do nowych sytuacji, zmian w obrębie niekorzystnych i nieadekwatnych mechanizmów obronnych, do przestrukturyzowania wewnętrznych obiektów. Odbywa się poprzez rozwijające się przeniesienie, któremu z reguły towarzyszy opór pacjenta. W efekcie tego procesu pacjent powinien stać człowiekiem mniej cierpiącym, mniej wewnętrznie skonfliktowanym, bardziej świadomym swoich nieświadomych wcześniej aspektów, które znacząco wpływały na dotychczasowy dyskomfort, cierpienie czy niemożność realizacji swoich potrzeb.

Psychoterapia jako metoda leczenia jest w tym wypadku dostosowana do potrzeb konkretnego pacjenta, z czego wynika wyraźna potrzeba określenia poziomu zaburzenia funkcjonowania tego pacjenta w obszarze intrapsychnicznym, interpersonalnym oraz socjologicznym. Dopiero adekwatnie dobrany typ i rodzaj interwencji psychoterapeutycznej, zawartej pomiędzy terapią wglądową, poprzez terapię ekspresywną a skończywszy na terapii podtrzymującej, gwarantuje uzyskiwanie optymalnych efektów w leczeniu konkretnych pacjentów, prezentujących konkretne zaburzenia poziomu rozwoju osobowości oraz konkretne jednostki psychopatologiczne (McWilliams 2009).

## 2.2. Zadania psychoterapii

Celem psychoterapii jest uwolnienie pacjenta od objawów chorobowych lub ich osłabienie, uruchomienie zablokowanych aktywności, umożliwienie bardziej adekwatnej, mniej destrukcyjnej jego adaptacji do wielu życiowych sytuacji oraz umożliwienie realizacji rozwojowych zadań. Cele te możliwe są do osiągnięcia poprzez złagodzenie nieświadomych konfliktów, modyfikację mechanizmów obronnych w stronę bardziej „dojrzałych”, redukcję deficytów rozwojowych będących często powodem fiksacji, niezadowolenia i niemożności realizacji swoich pragnień, ale też powodem cierpienia.

Kluczowym elementem leczącym jest relacja terapeutyczna, jej dynamiczny rozwój uwzględniający procesy przeniesieniowo-przeciwprzeniesie-

niowe rozwijające się w przestrzeni pomiędzy pacjentem a terapeutą, możliwości internalizacji części Superego terapeuty przez pacjenta, internalizacja pomocniczego *ego* przez pacjenta, korektywne doświadczenie zapobiegające „powtórzeniu traumy”, w konsekwencji przerywające „przymus powtarzania” u pacjenta niekorzystnych dlań wzorców relacji i zachowań. Interwencje werbalne terapeuty, czyli podawane w wyważony i przemyślany sposób interpretacje, klaryfikacje i konfrontacje, ale także – w zależności od poziomu zaburzenia pacjenta – komentarze wspierające, sugestie i porady mają zdecydowanie terapeutyczny, czyli zmieniający charakter. W konsekwencji pomieszczenia w relacji terapeutycznej przez pacjenta jego dylematów intrapsychicznych, jego konfliktowości, popędowości, jego mechanizmów obronnych rozwija się relacja przeniesieniowa, której zreflektowanie, zrozumienie i przepracowanie przez terapeuta i pacjenta, wbrew istnjącemu oporowi ze strony tego ostatniego, daje możliwość ich rozwiązania w korzystniejszy dla pacjenta sposób (Wilk, 2011).

Jednak zadania, jakie stoją przed psychoterapią dzieci i młodzieży, w sposób naturalny muszą się różnić od zadań stojących przed psychoterapią człowieka dorosłego. Najczęściej psychoterapia dzieci i młodzieży to nic innego jak towarzyszenie i wspieranie w rozwoju, próba pomocy w przejściu i rozwiązaniu kryzysów rozwojowych, pomoc w realizacji rozwojowych zadań, jakie stoją przed każdym młodym człowiekiem. Główna aktywność polega więc na przygotowaniu intencjonalnej psychologicznej interwencji psychoterapeutycznej dostosowanej do aktualnych potrzeb rozwojowych dziecka, z wyraźnym rozróżnieniem, czy określony fakt, objaw, dysfunkcja lub brak jakiejś umiejętności, prezentowane przez dziecko czy adolescenta, mieści się jeszcze w koncepcjach linii jego rozwoju czy już wkracza w obszar psychopatologii (Freud, 1965). W świetle badań można przyjąć, że około 20% młodzieży powinna skorzystać z psychoterapii, 20% raczej z pomocy psychologicznej, w tym z socjoterapii, zaś pozostałe 60% nie wymaga żadnej interwencji psychologicznej (Westen, Chang, 2000). Również ta ostatnia grupa może, choć nie musi, być poddana działaniom pedagogicznym, rozwojowym, twórczym, edukacyjnym, ale bez założenia, iż wszelkie te oddziaływania mają mieć charakter choćby korekcyjny.

### 2.3. Dla kogo jest psychoterapia

W bardziej ogólnej refleksji można założyć, że pacjentem psychoterapeuty jest człowiek, który cierpi, który referuje cierpienie jako jeden z powodów swojego zgłoszenia na terapię. Cierpienie to powodowane może być wieloma różnymi czynnikami: objawami chorobowymi, psychiczno-emocjonalny-

mi, np.: lękami, niepokojami, ogólnym napięciem czy przykrym nastrojem, niemożnością realizacji swoich planów, brakiem możliwości realizacji satysfakcjonujących związków itp. Cierpienie może być powodowane nieadekwatnym zachowaniem, nieadekwatnymi mechanizmami obronnymi, nieadekwatnym stylem poznawczym czy wręcz nieadekwatnym stylem ekspresji popędowej. Z psychodynamicznego punktu widzenia psychoterapię będziemy mogli proponować osobom, które w bardziej szczegółowej i specjalistycznej diagnozie, o której w tym miejscu trudno szerzej mówić, będą prezentować swoje trudności psychiczno-emocjonalno-poznawcze jako zdominowane poprzez wewnętrzny **nieświadomy konflikt** albo poprzez stałe braki, które w tym wypadku nazwać można **deficytem** lub też poprzez stałe zniekształcenia rzeczywistości, zdefiniowane jako **defekt** (Drozdowski 2007).

### 3. Rozumienie diagnozy

Chcąc w sposób rzetelny mówić o diagnozie należy ją powiązać z określonym, jednoznacznym systemem teoretycznym. Oczywiście możemy znaleźć definicje ogólne, jakich pełno w słownikach, ale nie ma pewności, czy rzeczywiście pokażą one czym w praktyce jest diagnoza. Można przyjąć za słownikiem pedagogicznym Okonia (1987), że termin diagnoza pochodzi od greckiego słowa *diagnosis* – rozpoznanie i oznacza „rozpoznanie jakiegoś obiektu, zdarzenia czy jakiejś sytuacji w celu zdobycia dokładnych informacji i przygotowania się do działań melioracyjnych”. Czytając dalej dowiadujemy się, iż można wyróżnić diagnozę: lekarską, psychologiczną, pedagogiczną, oświatową i zapewne wiele innych. Już w tym momencie widać, że diagnoza ma służyć poznaniu, ale nie bardzo wiadomo, w jaki sposób ma ona to poznanie umożliwić, co jest wynikiem zastosowania bardzo ogólnej terminologii. Sięgając po bardziej szczegółową terminologię można przytoczyć definicję ze słownika psychologicznego Sillamy (1994), gdzie diagnozą nazwano „logiczny wniosek wieńczący serię badań zmierzających do lepszego zrozumienia zachowania określonej osoby, funkcjonowania grupy lub sytuacji jakiegoś przedsięwzięcia”. Jak jednak dowiadujemy się dalej, aby móc rzetelnie diagnozować należy korzystać z dużej ilości informacji, sięgać po historię badanego, jak również historię jego związków ze środowiskiem. Dopiero tak przygotowana diagnoza, zbudowana na dużej ilości faktów przy minimalnej ilości hipotez, stanowi o możliwości zaproponowania leczenia.

Omówienie pojęcia diagnozy w socjoterapii poprzedzone jest przytoczeniem jej definicji w zakresie psychoterapeutycznym, co wynika z prostego

założenia, iż w literaturze i praktyce psychoterapeutycznej diagnoza jest bardzo mocno akcentowana i reprezentowana, ma swoje zasadnicze i niepodważalne znaczenie dla pracy z pacjentami. Łatwo więc przyjąć rozważania o znaczeniu, istocie, funkcjach i zadaniach diagnozy z psychoterapeutycznego punktu widzenia jako pewnej wyjściowej matrycy, pamiętając jednak, że „opisanie fragmentu rzeczywistości, uchwycenie jej w ramy teoretyczne wymaga uprzedniego spojrzenia na nią z dystansu. Teoria jest swoistego rodzaju generalizacją i uabstrakcyjnieniem rzeczywistości” (Ryczko, 2001).

### 3.1. Diagnoza w psychoterapii

McWilliams (2009) wymienia kilka zalet procesu diagnostycznego, prowadzonego z wycuciem i wspartego wiedzą, wykształceniem i doświadczeniem terapeuty. Są to: użyteczność diagnozy w planowaniu terapii, wynikająca z niej prognoza, jej wkład w ochronę osób korzystających z psychoterapii, wartość jako czynnika umożliwiającego terapeutę wyrażanie empatii, jak również rola w zmniejszaniu prawdopodobieństwa ucieczki z terapii osób łatwo ulegających lękowi. Badanie powinno zawierać szczegółowe informacje o następujących aspektach psychologicznych, emocjonalnych i społecznych:

- historii życia społecznego pacjenta – zarówno zapamiętanej przez niego samego, jak i pochodzącej z relacji od osób trzecich, informacji o rodzinie, historii edukacji, pierwszych znaczących relacji z osobami spoza rodziny, miejscu w grupie rówieśniczej, realizacji zadań rozwojowych w dzieciństwie, adolescencji i życiu dorosłym;
- historii więzi pacjenta – czyli sieci związków społecznych, przyjaźniach, związkach erotycznych, wyłanianiu się z tych związków odpowiednich wzorców i powtarzających się schematów (Fonagy, 2003);
- rozwoju popędu pacjenta – czyli wszelkiej aktywności, agresywności, miłości w dzieciństwie aż po życie seksualne w wieku dorosłym;
- siłę *ego* pacjenta – słowem oceniania adekwatności funkcji *ego* w stosunku do wymogów rozwojowych, określenie poziomu tolerancji na stres, reakcji na sytuacje kryzysowe w życiu, pojawiające się kiedykolwiek tendencje czy próby samobójcze, występowanie w przeszłości zachowań typu *acting-out*, dekompensacji;
- występującym w życiu pacjenta wzorcu reakcji na utratę;
- poziomie dojrzałości mechanizmów obronnych – które, rozciągając się od najbardziej niedojrzałych, w znacznym stopniu deformują percepcję i przeżycie rzeczywistości, aż do neurotycznych i dojrzałych, które nie tylko w nikłym stopniu zniekształcają percepcję i przeżycie rzeczywistości, ale również pozwalają w satysfakcjonujący sposób radzić sobie

- z problemami dnia codziennego, jak również tymi, które nosimy ze sobą przez całe życie;
- charakterystycznym wzorcu relacji z obiektem odzwierciedlającym wewnętrzną świat pacjenta (Gabbard, 2009);
  - poziomie integracji *Self* – określającym, w oparciu o normę rozwojową dla danego człowieka, czy *Self* zachowuje ciągłość, pozwala określić tożsamość człowieka, konsekwencję jego historii życia czy też jest ono nieciągle, często ahistoryczne, zdeintegrowane, sfragmentaryzowane (Kohut, za: Elson, 1987), co często przejawia się w porwanych, niekonsekwentnych epizodach życia człowieka, braku jakiejś wyraźnej linii rozwoju zainteresowań i fascynacji, światopoglądu, przekonań;
  - typie wewnętrznych obiektów dominujących świat wewnętrzny pacjenta – poprzez który to świat wewnętrzny człowiek poznaje świat zewnętrzny (Berman, 2008), a co za tym idzie poznanie tzw. rzeczywistości zewnętrznej będzie dominowane albo przez obiekty częściowe, dobre lub złe, sugerując prepsychotyczną strukturę osobowości, albo też obiekty całościowe, dobre i złe zarazem, sugerując depresyjną lub wyżej zorganizowaną strukturę osobowości pacjenta (Klein, 2007);
  - poziomie inteligencji – od którego zależy możliwość zastosowania odpowiedniej techniki pracy, języka, czasu trwania procesów adaptacyjnych itp.;
  - etiologii objawu – kiedy się pojawił, z jakimi sytuacjami wiąże się jego występowanie, co może symbolizować;
  - poziomie zaburzenia osobowości w obszarze jej struktury lub jej cech (McWilliams, 2009; Clarkin, Gabbard, Fonagy, 2010);
  - zdolności do psychologizacji – czyli umiejętności stworzenia i zobaczenia swoich problemów, kłopotów, cierpienia w pewnej psychologicznej metaforze, podkreślającej wpływ nieświadomych aspektów psychiki człowieka na jego życie, realizację potrzeb, jak również brak satysfakcjonujących relacji w życiu, niemożność zaspokojenia potrzeb, nie zaś postrzeganie ich tylko i wyłącznie w perspektywie zewnętrznych sił wpływających na życie i nieszczęście człowieka;
  - zogniskowaniu dylematu pacjenta głównie wokół konfliktu lub deficytu;
  - oczekiwaniach pacjenta wobec psychoterapii oraz ich adekwatność i możliwość realizacji.

Wiedza o pacjencie ma być wiedzą o tym, jak zaburzenie wyraża się w życiu pacjenta, ma dać możliwość nazwania tych zaburzeń językiem używanego przez danego psychoterapeutę paradygmatu, a następnie wybór terapii do zaproponowania, ewentualnie możliwość przedstawienia innej formy leczenia, jeśli terapeuta uzna, że psychoterapia nie jest adekwatną dla tego pacjenta formą leczenia.

### 3.2. Diagnoza w socjoterapii

Sawicka (1999) utrzymuje, że praca socjoterapeutyczna, proces interwencji psychologicznej w tej pracy, odnosi się do cierpienia dziecka, które sobie nie radzi lub do kłopotów tego dziecka w kontaktach z otoczeniem. Praca korekcyjna z zaburzeniami zachowania takiego dziecka opiera się na założeniu, że za tymi zaburzeniami stoją przykre emocje, lęk, poczucie winy, niepokój, poczucie krzywdy, gniew, złość czy osamotnienie oraz sądy poznawcze na jego własny temat. O tyle trudno się z tym zdaniem zgodzić, że wszyscy ludzie, dzieci, młodzież i dorośli od czasu do czasu przeżywają wyżej wymienione uczucia i emocje, nie wszyscy jednak z tego powodu, że je przeżywają, sprawiają kłopoty otoczeniu lub sobie samym. Idąc dalej czytamy (Sawicka, 1999), iż u podłoża tych emocji, uczuć, postaw i stosunku do siebie są doznane w przeszłości lub aktualnie trudne stany emocjonalne, z którymi dziecko nie mogło sobie poradzić. Najczęściej są to realne, trudne, przykre a nawet traumatyczne (Strzemieczny, 1988) doświadczenia, stąd dziecko zaczyna się wycofywać z aktywności w otoczeniu, zamyka się w sobie, nie potrafi nawiązać satysfakcjonujących kontaktów z grupą rówieśniczą, a nawet postrzega otoczenie jako złe i skierowane przeciwko niemu. Efektem takiego niekorzystnego procesu może być utrzymująca się nieadekwatność i sztywność reakcji oraz obecność negatywnych emocji, głównie lęk wobec przeróżnych aktywności społecznych.

Przeгляд diagnostycznych zaleceń używanych w oddziaływaniach socjoterapeutycznych prowadzi do najczęściej cytowanego w literaturze sposobu podejścia do diagnozy w socjoterapii, zaproponowanego przez Strzemiecznego (1988), który wskazuje na potrzebę rozpoznania nieadekwatnych zachowań i emocji u dziecka, jakie należy poddać korekcie w toku pracy socjoterapeutycznej. Zazwyczaj owe trudne zachowania i emocje są wynikiem urazowych doświadczeń dziecka (Strzemieczny, 1988; Sobolewska, 1993), więc podstawową kwestią diagnozy jest szukanie odpowiedzi na pytanie, gdzie leży źródło owych urazowych doświadczeń. Strzemieczny proponuje szukać go w relacjach: „Ja” – Dorośli (najczęściej kontakt z opiekunami, rodzicami, otoczeniem ludzi dorosłych), „Ja” – Rówieśnicy (dotyczy kontaktów z grupą rówieśniczą), „Ja” – Zadania (związany jest z relacją do obowiązków społecznych, szkoły, różnych instytucji) oraz „Ja” – „Ja” (omawia temat sądów na swój temat, przekonań o sobie w świecie, odbioru świata).

John-Borys (2005) wskazuje na podobne aspekty diagnostyczne, czyli: sądy poznawcze o sobie i innych, występowanie urazu w życiu dziecka i jego konsekwencje, nieadekwatność wzorców zachowań, występujące zaniedbania środowiskowe oraz pochodzenie z tzw. grup ryzyka. Co ciekawe, zaniedbania środowiskowe oraz pochodzenie z grup ryzyka nie są trakto-

wane jako częściowo albo znacząco tożsame z urazem, skoro jest on definiowany jako realne doświadczenie deprywacyjno-destrukcyjne.

Sawicka (1999) wymienia w diagnozie poszukiwanie urazu emocjonalnego, brak zaspokojenia ważnych potrzeb dziecka oraz szereg nieco bardziej szczegółowych aspektów, takich jak: poczucie wartości, akceptacja siebie, zaufanie do siebie i innych, obraz siebie samego, nieśmiałość, akceptacja własnych ograniczeń i trudnych uczuć, nadpobudliwość psychoruchowa, przemoc domowa, niedostosowanie społeczne czy uzależnienia.

Wyraźnie można zobaczyć, że głównym wspólnym mianownikiem tych diagnostycznych kryteriów jest **uraz emocjonalny**. Niestety trudno znaleźć jednoznaczną informację na temat tego, czym w rzeczywistości jest ten uraz. Pojawiają się sformułowania, że podstawą emocjonalnego urazu są sytuacje przemocy w domu, alkoholizmu w domu, odtrącenia przez rodziców, długotrwałej deprywacji, braku satysfakcjonujących kontaktów z najbliższymi, braku oparcia w rodzinie w trudnej sytuacji (Sawicka, 1999) czy też niemożność wywiązywania się ze swoich obowiązków, czasem może stawianych na wyrost przed dziećmi. Słowem w domach zaniedbanych emocjonalnie, materialnie, z problemem alkoholowym czy różnymi dysfunkcjami psychologicznymi będą występowały niekorzystne warunki współtworzące ów emocjonalny uraz.

Wątpliwość jednak powstaje wtedy, gdy przyjmiemy, że nie wszyscy ci, którzy żyją w podobnych warunkach mieszkaniowych, rodzinnych, społecznych, ekonomicznych i środowiskowych wykazują w swoim zachowaniu zaburzenia zachowania i emocji. Być może nie przeżyli oni tzw. emocjonalnego urazu, pomimo wychowywania się i życia w takich samych warunkach jak osoby, o których urazie emocjonalnym wnioskujemy na podstawie ich zachowania i emocji. Ale też możliwe, że te podobne przecież sytuacje, bo odnoszące się do tych samych warunków, są zupełnie inaczej przeżywane. Skoro tak, to jedni będą te sytuacje, deprywacje, niedostatki i braki przeżywać urazowo, na innych zaś owe trudności nie zostawią tego rodzaju „urazowego” śladu.

Uraz psychiczny czy trauma, w ślad za słownikiem psychoanalitycznym (Laplanche i Pontalis, 1996), to „zdarzenie z życia podmiotu, które charakteryzuje pewna intensywność, niezdolność podmiotu do adekwatnej odpowiedzi, wstrząs i trwałe patogenne skutki w organizacji psychicznej [...] charakteryzuje go napływ pobudzeń, nadmierny w stosunku do tolerancji podmiotu oraz do jego zdolności panowania nad pobudzeniami i ich psychicznego opracowania”. W jakim zatem stopniu można przyjąć, iż warunki zewnętrzne kreują nasze emocje, zachowania, nasz świat wewnętrzny, traumę albo mówiąc inaczej naszą osobowość, nieśmiałość, obraz siebie, poczucie wartości, pewności i zaufania do siebie i innych? W tym momencie

należałoby stwierdzić, że w zasadzie wszystkie poglądy na diagnozę, wymieniane w literaturze poświęconej socjoterapii, podkreślają związek teoretyczny z psychologią poznawczo-behawioralną oraz fenomenologiczną, a co za tym idzie brak zainteresowań tym, dlaczego pewne sytuacje przez jednych są przeżywane w sposób, nazwijmy to, traumatyczny, a przez innych w zupełnie przeciwny. Odpowiedzi na to pytanie możemy szukać wtedy, gdy przyjmiemy założenie istnienia nieświadomej komponenty, nieświadomego motywu, w akcie świadomego przeżywania określonej rzeczywistości i w świadomej aktywności, jaką na co dzień podejmujemy.

### 3.3. Psychodynamiczne spojrzenie na diagnozę w socjoterapii

Z powyższego zestawienia definicji można wysnuć wniosek, że diagnoza używana w psychoterapii i ta socjoterapeutyczna znacznie różnią się od siebie nie tylko ilością aspektów branych pod uwagę, ale również głębokością eksplorowania tych aspektów. Różnice te istnieją głównie z powodu przyjętego paradygmatu teoretycznego, który daje takie a nie inne zainteresowania oraz taką a nie inną możliwość rozumienia rzeczywistości podmiotu badania.

Przytoczona diagnoza psychoterapeutyczna jest bardziej uniwersalna, zdecydowanie szerzej opisująca rzeczywistość dziecka, nie tylko bowiem koncentruje się na zewnętrznych warunkach jego życia, otoczeniu, środowisku, w którym ono wzrasta, wychowuje się i żyje, ale stara się znaleźć odpowiedzi na pytania dotyczące sposobów percepcji i przetwarzania rzeczywistości oraz postrzegania i przeżywania siebie samego wobec tej rzeczywistości. Stąd wydaje się uzasadnione przyjęcie stanowiska, iż diagnoza psychoterapeutyczna bardziej koncentruje się na psychologii dziecka, jego świecie wewnętrznym i relacji tego wewnętrznego świata ze światem zewnętrznym (Berman, 2008), a diagnoza socjoterapeutyczna w większym stopniu skoncentrowana jest na wymiarze socjologicznym, psychospołecznym (Jagiela, 2009), z rzadka psychopatologicznym. Przyjmując zatem diagnozę psychoterapeutyczną jako uniwersalną, bo pozwalającą najpełniej opisać funkcjonowanie człowieka, jego motywów, świadome i nieświadome, powtarzalność wzorców zachowań, poziom adekwatności użytych mechanizmów obronnych (Freud, 1997), siły *ego*, tożsamości (Erikson, 2004), rozwoju *Self* (Kohut, za: Elson 1987) i *Superego*, świata wewnętrznych obiektów, pierwotnej więzi (Fonagy, 2003), łatwiej można sobie wyobrazić szukanie odpowiedzi na pytanie: dlaczego w takich samych warunkach jedni przeżywają traumę czy emocjonalny uraz, natomiast inni doskonale sobie radzą

w życiu oraz jaki rodzaj interwencji psychologicznej lub pedagogicznej należy zastosować?

Poznanie drugiego człowieka jest procesem niezwykle skomplikowanym, to nie nowość, ale szczególna trudność polega na rozróżnieniu tego, co poznajemy. Z psychodynamicznego punktu widzenia poznajemy pewną subiektywną rzeczywistość, która nie może być traktowana w kontekście prawdy o obiekcie poznania. Subiektywną nie tylko dlatego, że przecieżyć trudno byłoby założyć, że nasze życie psychiczne, emocjonalne czy uczuciowe jest traktowane przez nas samych w sposób obiektywny, ale również dlatego, że w procesie poznania dochodzi do interakcji podmiotu poznawanego z poznającym. Tylko zastosowanie surowych norm metodologicznych w procesie obserwacji miałyby szansę na zachowanie przynajmniej pozorów niewchodzenia w interakcję z poznawanym (Brzeziński, 2010).

Prawda to zgodność tego, co ktoś mówi z tym, co jest. Socjoterapeuta poznaje **historyczną prawdę** człowieka, co oznacza, że poznawany człowiek odbija się w nim poprzez pozostawanie w relacji. Stąd wiedza, jaką zdobywamy w trakcie tego poznania, jest **wiedzą relacyjną**, tworzoną w relacji z człowiekiem, którego właśnie poznajemy. Opis tzw. rzeczywistości dziecka, tego jak się zachowuje, gdzie i z kim mieszka, aczkolwiek jest możliwy do realizacji, to jednak nie daje zbyt wielu informacji o jego stanie psychicznym, potrzebach, pragnieniach, lękach, niepokojach, konfliktach wewnętrznych itd. **Partycypacja w obiekcie poznania** jest jedynym sposobem dającym nam szansę na zrozumienie motywów jego działania, a polegającym na pozostawaniu z nim w relacji i rozwijaniu tej relacji, wymagającym od poznającego użycia wiedzy, doświadczenia zawodowego, doświadczenia z życia osobistego, jak też empatii i intuicji (Wilk, 2008).

Większość osób pracujących z ludźmi w sytuacjach pomagania doskonale wie, że znajomość teorii oraz intelektualne rozumienie drugiego człowieka są niewystarczające. Aby pomóc, trzeba poznać drugiego w inny sposób – emocjonalnie. Nie można prawdziwie uchwycić subtelných i skomplikowanych uczuć ludzi poza „emocjonalnym poznaniem”, polegającym na doświadczeniu uczuć drugiego człowieka, rozumianym poprzez pojęcie empatii. Jest to bardzo szczególny rodzaj postrzegania. Właśnie w psychoterapii i socjoterapii zdolność do empatii jest podstawowym warunkiem wstępnym (Rembowski, 1989). Wydaje się, że pomiędzy psychoterapeutami i socjoterapeutami zauważalne bywają tendencje do uważania empatii za coś oczywistego, czasem znowu do jej niedoceniaenia. Często również spotkać można ogólne opinie, że istnieje poważny antagonizm pomiędzy teorią a empatią.

Empatia oznacza, że socjoterapeuta musi się angażować w emocjonalne doświadczenia drugiego człowieka poprzez rozszczepienie i przesunięcie pewnych funkcji swojego *ego*. Jest to proces, który przypomina identyfikację

z drugim człowiekiem. W procesie tym konieczne jest, aby socjoterapeuta oscylował pomiędzy postawą uczestnika i obserwatora. Cierpliwe, empatyczne słuchanie drugiego człowieka oraz ostrożne zaufanie doświadczanej przez socjoterapeutę identyfikacji z jakąś częścią tej osoby daje możliwość jej głębszego poznania, jej stanu emocjonalnego w odniesieniu do całego obrazu psychologicznego, psychopatologicznego, socjologicznego, jak i funkcjonowania w czasie konkretnego spotkania diagnostycznego i socjoterapeutycznego (Greenson, 1967). Bez względu na to, do jakich modeli teoretycznych socjoterapeuta się odwoła, znaczenia wszystkich nieświadomych tematów i wzorców pojawiających się w trakcie spotkania są dynamiczne i zmienne, dlatego powinien on uważać, aby rozpoznać nowe wyzwania na różnych etapach i – jak podkreślał (Bion, 2010) – nie przywiązywać się nadmiernie do posiadanej wiedzy. Diagnoza w socjoterapii, podobnie zresztą jak w psychoterapii, wymaga od specjalisty gotowości do zmiany sposobu myślenia, otwartości na to, co nieoczekiwane, gotowości do bycia zdumionym, pełnym niejasności, niepewności i wątpliwości.

Wiedza o drugim człowieku jest związana z naszą wiedzą o innych ludziach, więc do tworzenia diagnostycznych wniosków używamy generalizacji. Oczywiście postulaty indywidualizmu i obiektywizmu w procesie diagnostycznym są jak najbardziej zasadne, jednak inną sprawą będzie to, czy są one w mniejszym czy też większym stopniu realizowane. Badając drugiego człowieka, czynimy wyraźniejszymi pewne elementy tego, co postrzegamy, dokonujemy ich kategoryzacji, a podmiot naszego poznania staje się w zasadzie zsubiektywizowanym naszym własnym doświadczeniem. Oczywiście, w tym momencie pojawia się niebezpieczeństwo klasyfikowania drugiego człowieka, co powoduje, że rozmawia z nami już znany przez nas podmiot poznania, a nie ciągle budzący naszą ciekawość, zachęcający do stałej aktywności poznawczej człowiek. Psychopatologiczny, czasem psychologiczny, psychiatryczny czy wreszcie socjologiczny redukcjonizm, tak wydawałoby się cenny z naukowego punktu widzenia, pozbawia diagnostę możliwości budowania wiedzy o drugim człowieku wspólnie z nim samym, w wyniku współtworzenia owej relacyjnej prawdy. My nie wiemy, jaki ten konkretny człowiek jest w ogóle – wiemy, jaki on jest w kontakcie z nami. Nie wiemy, co on myśli czy czuje, lecz wiemy, co mówi, że myśli czy czuje.

Reasumując rozważania na temat psychodynamicznego punktu widzenia na proces diagnozy w socjoterapii, należy stwierdzić, że problematyka powinna być rozpatrywana z perspektywy wstępnej diagnozy określającej przydatność procesu socjoterapeutycznego dla danej osoby, czyli diagnozy kwalifikacyjnej (Wacholc, 2006) oraz diagnozy czynionej stale w trakcie procesu socjoterapeutycznego (Jagięła, 2009). Można więc przyjąć, że proces kwalifikacji do oddziaływań socjoterapeutycznych zakłada stwierdzenie

pewnych dysfunkcji w zachowaniu, działaniu jednostki, stwierdzenie zaburzeń, nieadekwatności, niedostosowania do pewnych wymogów kulturowych i społecznych. Zasadnicze znaczenie ma różnicowanie zaburzeń w procesie diagnozy rozłożonym w czasie, procesie dynamicznym i zmiennym. Diagnoza ta nie odnosi się jedynie do nozologii, do opisu obrazu biopsychospołecznego funkcjonowania jednostki. Można rzec, iż diagnoza z tych opisów korzysta, ale najważniejsze wydaje się być postawienie odpowiedzi na kilka pytań:

- dlaczego określone dziecko prezentuje taki obraz zaburzenia?
- skąd biorą się u tego dziecka takie a nie inne rozwiązania obronne czy adaptacyjne?
- z jakim typem rozwojowych dylematów mamy do czynienia u tego dziecka, biorąc pod uwagę jego wiek?

Odpowiedzi na te pytania szukamy stale, ale istotniejszy w tym momencie jest raczej postulat spójności języka teoretycznego, jakim się posługujemy w próbie udzielania odpowiedzi na powyższe pytania. Kluczowymi komponentami poszukiwania tych odpowiedzi będą: opis natury obrazu zaburzeń dziecka, czasem obrazu klinicznego i czynników stresogennych, zbiór hipotez wyjaśniających, odnoszących się do czynników biologicznych, psychologicznych i socjokulturowych tych zaburzeń oraz przewidywanie, jak czynniki tworzące obraz zaburzeń dziecka odnoszą się do przebiegu i wyniku oddziaływań socjoterapeutycznych. Diagnoza powinna być zawsze złożona z czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Na dodatek należy je traktować raczej jako zbiór hipotez nieustannie weryfikowanych w miarę nabywania nowych informacji o dziecku w trakcie oddziaływań socjoterapeutycznych.

Ważnym kryterium może być poziom zaburzeń występujących u dziecka, rozciągający się w kontinuum od:

- całkowitego braku zaburzeń – gdzie proponujemy promocję zdrowia,
- poprzez istnienie ryzyka ich wystąpienia – tu oferujemy prewencję czy właśnie socjoterapię,
- aż do ich realnego istnienia – gdzie psychoterapia, ewentualnie socjoterapia wydaje się być nieodzowna.

Przyjmując model medyczny za pewnego rodzaju matrycę, o czym już wcześniej była mowa, należy uznać, że w procedurach diagnostycznych istotny jest czynnik decydujący o zgłoszeniu się po pomoc. W leczeniu psychoterapeutycznym mamy do czynienia z procedurą polegającą na wstępnych konsultacjach medycznych, na diagnozie psychiatrycznej wykluczającej głęboką psychopatologię, ciężką chorobę, zły stan zdrowia psychofizycznego a w efekcie proponującą w dalszej części diagnozę psychoterapeutyczną, określającą użyteczność psychoterapii wobec tak a nie inaczej rozumianej konstrukcji psychicznej człowieka (Kośmicki, 2006).

W socjoterapii w zasadzie jest podobnie. Na wstępie pojawia się albo diagnoza psychiatryczna, określająca głębokość i patologię występujących zaburzeń, albo diagnoza socjologiczna, po czym dziecko lub adolescent trafia do specjalisty czy to w poradni psychologiczno-pedagogicznej, czy w instytucji socjoterapeutycznej, gdzie powinna być kontynuowana diagnoza psychoterapeutyczna. Innymi słowy, dziecko trafia na zajęcia socjoterapeutyczne albo poprzez kontakt z psychiatrą, z różnych powodów do niego uprzednio trafiwszy, który to psychiatra uznaje, że poziom prezentowanych zaburzeń nie spełnia kryteriów potrzebnych do podjęcia leczenia psychiatrycznego, albo też poprzez aktywność szkoły czy środowiska, w którym żyje, w tym wypadku poprzez pedagoga szkolnego, bowiem otoczenie uważa, że funkcjonuje ono w sposób niepokojący a czasem sugerujący istnienie poważnych zaburzeń.

Wacholc (2006) twierdził, że nauczyciel przedmiotowy, ale też pedagog szkolny w małym stopniu są przygotowywani do tego typu sytuacji. Uważał, że kształcenie pedagogiczne powinno być rozszerzone o wiedzę na temat rozumienia tego, co dzieje się w relacjach pomiędzy ludźmi, skoro tym przede wszystkim zajmują się pedagodzy.

W wyniku tych wstępnych procedur diagnostycznych, bardzo ważnej roli pedagoga szkolnego, młody człowiek kierowany jest albo do instytucji prowadzącej działalność socjoterapeutyczną, gdzie powinien on dopiero zostać poddany gruntownym działaniom diagnostycznym pod kątem już określonych socjoterapeutycznych działań, albo do instytucji prowadzącej działalność psychoterapeutyczną w celu podjęcia przez niego specyficznego dla niego leczenia. Kernberg (za: Clarkin, Gabbard, Fonagy, 2010) wspominając o diagnozie, pisał, iż najważniejsze będzie określenie zaburzeń na poziomie cech osobowości lub na poziomie struktury osobowości. Zaburzenia cech sugerować będą zaburzenia rozwojowe i psychologiczne u dzieci i młodzieży, które będą zachęcały nas do proponowania zajęć socjoterapeutycznych, a zaburzenia struktury sugerować będą potrzebę zastosowania psychoterapii.

Biorąc pod uwagę zadania diagnostyczne prowadzone w zakresie oddziaływań socjoterapeutycznych, niezwykle istotnym wydaje się być przyjęcie perspektywy, w której należy uznać, że prowadzenie diagnozy a następnie zajęć z dziećmi i młodzieżą nie może być traktowane w taki sam sposób. Nie w każdym środowisku socjoterapeutycznym jest to brane pod uwagę, o czym świadczyć mogą choćby zajęcia grupowe prowadzone bez wyraźnie zaplanowanego doboru uczestników, ilości osób, a przede wszystkim ich wieku. Skutkuje to prowadzeniem zajęć dla grupy 15 osób, w tym 10 adolescentów z gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych oraz 5 uczniów szkół podstawowych. Bez uwzględnienia specyfiki rozwojowej osób w tak róż-

nym wieku, ich psychologicznych dylematów, intelektualnych możliwości, psychologiczno-socjologicznych zadań rozwojowych, z jakimi muszą się borykać, socjoterapeuta nie będzie w stanie stworzyć optymalnie pracującej grupy, wykorzystującej swój potencjał do oddziaływań psychopedagogicznych. Stosunek do zasad grupowych, jej norm, możliwości i style adaptacyjne prezentowane przez dzieci i młodzież na zajęciach będą zupełnie inne, a co za tym idzie, inaczej powinny być rozumiane. Dlatego określone, zewnętrznie podobne zachowania dziesięciolatka, czternastolatka czy osiemnastolatka będą musiały być interpretowane w zupełnie różnych perspektywach, a zatem nie zawsze będą znaczyć to samo.

Aby mieć możliwość poruszania się w takich różnicujących kryteriach, aby móc rozstrzygać, czy i dlaczego należy konkretnemu dziecku lub młodzieńcowi zaproponować psychoterapię czy też socjoterapię, należy dokładnie określić psychologiczną specyfikę poszczególnych okresów rozwojowych, latencji i adolescencji, zadania rozwojowe, jakie przed nimi stoją a następnie spróbować zarysować granicę pomiędzy normą rozwojową a psychopatologią.

#### LITERATURA

- BERMAN, E. (2008). *Związek między Klein i Winnicott'em a debata dotycząca rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej*. Materiały konferencyjne. Warszawa: PTPPd.
- BION, W. (2010). *Uwaga i interpretacja*. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- BRZEZIŃSKI, J. (2010). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- CLARKIN, J., GABBARD, G., FONAGY, P. (2010). *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders*. London: American Psychiatric Publishing.
- CIERPIAŁKOWSKA, L., BRZEZIŃSKI, J. (2008). *Zdrowie i choroba: problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Gdańsk: GWP.
- DROZDOWSKI, P. (2007). *Wykład – pojęcia ogólne w psychoterapii*. Materiały dydaktyczne Kraków: KCP.
- ELSON, M. (1987). *The Kohut Seminars on Self Psychology and Psychotherapy with Adolescents and Young Adults*. New York-London: W.W. Norton & Company.
- ERIKSON, E. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Zysk i Spółka.
- FONAGY, P. (2003). *Psychoanalytic Theories: Perspectives from Developmental Psychopathology*. Whurr Publications.
- FREUD, A. (1965). *Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development*. London: Karnac.
- FREUD, A. (1997). *Ego i mechanizmy obronne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- GABBARD, G. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- GREENSON, R.R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. New York: Int. Univ. Press.
- GRZESIUK, L. (1994). *Psychoterapia: szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- JAGIEŁA, J. (2009). *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*. Kraków: Rubikon.
- JANKOWSKI, K. (1975). *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*. Warszawa: BMW.
- JOHN-BORYS, M. (2005). *Socjoterapia – jak zachodzi zmiana zachowania?* W: M. Deptuła (red.). *Diagnoza, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz: UKW.
- KITRASIEWICZ, J. (2006). *Teoretyczne perspektywy w rozumieniu kontaktu terapeutycznego w pracy pedagoga*. Materiały konferencyjne. Częstochowa: SPD Skrawek Nieba.
- KLEIN, M. (2007). *Pisma*. Tom III. *Zawiść i wdzięczność oraz inne prace z lat 1046–1963*. Gdańsk: GWP.
- KOKOSZKA, A., DROZDOWSKI, P. (1993). *Wprowadzenie do psychoterapii*. Kraków: Akademia Medyczna.
- KOŚMICKI, J. (2006). *Integracyjny wymiar paradygmatu psychodynamicznego. Miejsce psychiatrii w pracy świetlic socjoterapeutycznych*. Materiały konferencyjne. Częstochowa: SPD Skrawek Nieba.
- KRATOCHVIL, S. (1978). *Psychoterapia: kierunki, metody, badania*. Warszawa: PWN.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. (1996). *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: WSiP.
- MCWILLIAMS, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: GWP.
- MOORE, B., FINE, B. (1996). *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: Jacek Santorski & Co Wydawnictwo.
- OKOŃ, W. (1987). *Słownik pedagogiczny*. Warszawa: PWN.
- REBER, A. (2000). *Słownik psychologii*. Warszawa: WN SCHOLAR.
- REMBOWSKI, J. (1989). *Empatia*. Warszawa: PWN.
- RYCZKO, A. (2001). *Pomiędzy latencją a adolescencją*. Dialogi IPiP. Tom 1–2. Warszawa.
- SAWICKA, K. (1999). *Socjoterapia*. Warszawa: CMPPP MEN.
- SILLAMY, N. (1994). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Książnica.
- SOBOLEWSKA, Z. (1993). *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć*. Warszawa: OPTA.
- STRZEMIECZNY, J. (1988). *Zeszyty socjoterapeutyczne*. Warszawa: PTP.
- WACHOLC, M. (2006). *Intervencje psychoterapeutyczne w pracy pedagoga szkolnego*. Materiały konferencyjne. Częstochowa: SPD Skrawek Nieba.
- WESTEN, D., CHANG, CH. (2000). *Personality Pathology in Adolescence: A review*. „Adolescent Psychiatriy”, vol. 25.
- WILK, M. (2011). *Superwizja w psychoterapii psychodynamicznej*. „Przegląd Psychodynamiczny”, nr 2.
- WILK, M. (2008). *Diagnoza a rodzaj interwencji terapeutycznej*. Materiały konferencyjne. PTPPd.



# Psychologia pozytywna w socjoterapii: rozwijanie sił charakteru

## Wprowadzenie

Psychologia pozytywna stanowi dział psychologii skoncentrowany na badaniu obszarów funkcjonowania człowieka, które odchylają się od normy w stronę pozytywną (Carr, 2009; Seligman, Csikszentmihalyi, 2000; Kaczmarek, Sęk, 2004). Wyniki tych badań umożliwiłyby oparte na teorii i uzasadnione empirycznie projektowanie zmian w obszarze indywidualnym i społecznym, sprzyjających optymalnemu rozwojowi. W ramach psychologii pozytywnej w ciągu kilkunastu lat jej istnienia przeprowadzono dużą liczbę badań podstawowych i stosowanych oraz zaproponowano kilka sposobów wykorzystania wniosków z nich płynących w obszarze pomocy psychologicznej.

Można wskazać dwa główne zastosowania idei psychologii pozytywnej w obszarze socjoterapii: wzbogacający oraz korekcyjny. Po pierwsze, socjoterapia może stać się formą pomocy, w której działanie grupy ukierunkowane zostanie na rozwój powyżej poziomu przeciętnego, w stronę osiągania większego szczęścia, poczucia spełnienia czy też osobistego rozkwitu. Po drugie, elementy pozytywne mogą zostać wykorzystane w socjoterapii do pośredniego radzenia sobie z trudnościami doświadczanymi przez członków grupy. Pośredni charakter oddziaływania polega na tym, że interwencje nie są ukierunkowane bezpośrednio na obszar problemowy (Seligman, Rashid, Parks, 2006). Obszarem pracy jest rozwijanie mocnych stron i koncentracja na tych formach aktywności, w ramach których jednostka radzi sobie dobrze, a być może nawet bardzo dobrze. Ukierunkowanie aktywności na obszar już obecnego, pożądanego funkcjonowania może ograniczać aktywność w obszarze niepożądanym. Pozwala to uzyskać odpowiednią proporcję stanów pozytywnych i negatywnych.

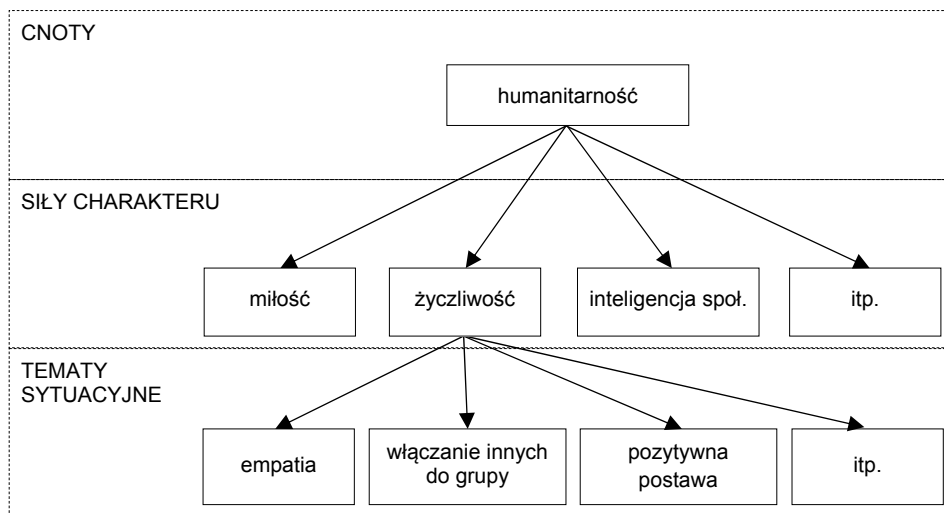
Dla zdrowia psychicznego większe znaczenie posiada proporcja pozytywności do negatywności (np. pozytywnych i negatywnych przekonań na swój temat) niż bezwzględny poziom tych dwóch obszarów (Fredrickson, Losada, 2005; Fredrickson, 2011; Larsen, Hemenover, Norri, Cacioppo, 2002). Stąd dużego znaczenia nabiera umiejętność wzbudzania stanów pozytywnych w procesie pomocy psychologicznej (Kaczmarek, 2006). Skuteczność pośrednich form oddziaływania w porównaniu z tradycyjnymi formami terapii wykazano w badaniach eksperymentalnych nad różnymi formami pomocy osobom zmagającym się z depresją (Seligman, Rashid, Parks, 2006; Sin, Lyubomirsky, 2006). Poniżej przedstawione zostaną możliwości wykorzystania w pracy socjoterapeutycznej teorii sił charakteru i praktycznych sposobów ich rozwijania.

## 1. Czym są siły charakteru i ich związek z socjoterapią

Klasyfikacja sił charakteru opracowana w ramach nurtu psychologii pozytywnej stanowi jej najbardziej oryginalne osiągnięcie (Seligman, 2002; Peterson, Seligman, 2004). Siły charakteru stanowią psychologiczną manifestację pojęcia wyższego rzędu, jakim są cnoty (patrz rysunek 1). O ile siła charakteru jest pojęciem psychologicznym, o tyle poszczególne cnoty ukonstytuowane są na fundamentach filozofii moralności (Lopez, 2009). Cnoty są tymi właściwościami, które uważane są za dobre. Jednakże ich dobroć nie polega na tym, że wskazują one, co czynić (jak postępować) – opisują, jaki człowiek powinien być.

Na podstawie szeroko zakrojonych studiów, poszukujących niespecyficznych kulturowo uniwersaliów, dokonano przeglądu kilku tradycji moralnych obejmujących buddyzm, chrześcijaństwo, filozofię grecką, hinduizm, islam, judaizm, konfucjanizm i taoizm (Dahlsgaard, Peterson, Seligman, 2005). Na tej podstawie udało się wyróżnić sześć łączących te tradycje cnót: odwagę, sprawiedliwość, humanitarność, umiar, mądrość i duchowość (Peterson, Seligman, 2004). Każda z tych cnót posiada swoje psychologiczne manifestacje. Na przykład mądrość i wiedza może przejawiać się kreatywnością, ciekawością, otwartością umysłu, zamiłowaniem do uczenia się czy umiejętnością przyjmowania różnych perspektyw. Z kolei umiar może wyrażać się przebaczeniem i miłosierdziem, skromnością, roztropnością jako ostrożnością wyboru i samokontrolą. Sześć cnót tworzy w sumie 24 siły charakteru, które układają się w różne konfiguracje.

Aby umożliwić określenie, które z cech osobowości można uznać za siłę charakteru, zaproponowano dziesięć kryteriów selekcyjnych (Peterson, Seligman, 2004). Przegląd tych kryteriów wskazuje, w jaki sposób siły charak-



Rys. 1. Hierarchia cnoty i jej przejawów na przykładzie humanitarności

Źródło: opracowanie własne (na podstawie Peterson, Seligman, 2005)

teru można powiązać z procesem socjoterapii. Większość kryteriów selekcyjnych wprost ukazuje, że siły charakteru mają wymiar interpersonalny. Po pierwsze, siły charakteru mają prowadzić do działań, które czynią lepszym życie własne oraz życie innych osób. Siły charakteru to te cechy psychologiczne, które przyczyniają się do własnego wzrostu i rozkwitu, jednocześnie niczego nie ujmując innym ludziom. W odróżnieniu od talentów czy wybitnych zdolności poziom sił charakteru zależy w dużej mierze od woli i intencji, w niewielkim zaś stopniu od wrodzonych predyspozycji. Nie wystarczy sama wola, aby zostać wybitnym skrzypkiem (potrzebny jest talent), natomiast siły charakteru, np. miłosierdzie, bardziej zależą od osobistych decyzji. Stanowią w większym stopniu wyzwanie pod względem konsekwencji niż techniczną trudność w realizacji.

Z powyższych względów manifestacja własnych sił charakteru znacznie bardziej inspiruje innych niż poniża, ponieważ raczej pokazuje opcję dostępną wszystkim niż ograniczenie, przez które nie każdy może się przebić ze względu na swe niemodyfikowalne atrybuty. Wykorzystywanie własnych sił następuje zatem z pożytkiem dla osoby, która je posiada, jak również zachęca obserwatorów do naśladowania i rozwoju własnego repertuaru zachowań. Przenosząc to na grunt socjoterapii, praca nad indywidualnymi siłami charakteru może inspirować i motywować inne osoby z grupy do prób rozwijania własnych sił charakteru.

W świetle kolejnego kryterium pozwalającego określić, czy dana cecha psychologiczna stanowi siłę charakteru, oczekuje się, aby siła charakteru

znajdowała swój wyraz w archetypach utrwalonych w opowieściach, filmach, piosenkach czy też innych wytworach kultury zarówno tej wysokiej, jak i popularnej. W wypadku każdej ze zidentyfikowanych sił charakteru można odszukać ślady twórczości kultywującej jej najczystsze przejawy. Zasadne wydaje się wykorzystanie takich archetypów w procesie socjoterapii.

Wprowadzanie postaci ucieleśniających wybrane siły charakteru w procesie socjoterapii (np. w formie dyskusji, być może poprzedzonej prezentacją jakiegoś filmu) może być dobrym sposobem uruchomienia procesu ujawniania sił charakteru. Inspiracja rodząca się w kontakcie z bohaterem (ucieleśnieniem cnoty) może skłonić do autorefleksji. Warto w takich sytuacjach zachęcać do odszukiwania wśród uczestników socjoterapii podobieństw i pozytywnych przykładów z własnego życia. Może być również tak, że wśród osób uczestniczących w grupie socjoterapeutycznej znajdują się osoby dysponujące bardzo wysokim poziomem jakiejś siły charakteru (np. umiłowanie piękna), przynajmniej na tle pozostałych osób w grupie. Taka osoba może stać się wzorem osobowym dla pozostałych. Wzorowanie się na tej osobie przez innych członków grupy może dotyczyć nie tylko treściowego aspektu tej konkretnej siły, lecz również aspektu formalnego. Koncentracja na formalnym aspekcie polegałaby na tym, aby docenić to, jakim stopniem rozwoju pewnego atrybutu dysponuje dana osoba, nawet jeśli atrybut ten sam w sobie ktoś uważa za mniej wartościowy. W podobny sposób inspirujące może być obserwowanie determinacji, z jaką ktoś dąży do własnych celów, nawet jeśli cele te nie muszą być oceniane jako dobre.

Kolejnym kryterium selekcyjnym jest to, iż w wypadku sił charakteru, ze względu na ich doniosłą rolę społeczną i kulturotwórczą, zaobserwować można instytucje i rytuały społeczne kształtujące się w celu ich ochrony i eksponowania. Stąd na przykład idea edukacji opartej na pracy zespołowej, wprowadzanie zajęć z religii bądź filozofii kształtujące duchowość, dni różnorodności uruchamiających otwartość umysłu czy też szereg ról funkcji społecznych, które można pełnić w grupach, np. funkcja starosty roku wykorzystująca siłę przywództwa. Również praktyka socjoterapeutyczna, która szeroko zakorzeniona została np. w systemie edukacji, ma w sobie potencjał ogólnej formy zinstytucjonalizowanej troski o rozwój sił charakteru. Dzieje się tak nawet wówczas, gdy w definiowaniu zadań grup socjoterapeutycznych nacisk kładzie się na terapię i prewencję zaburzeń.

Na koniec, w kontekście powiązań kryteriów selekcyjnych sił charakteru i ich powiązań z socjoterapią, warto zaznaczyć, że występują również jednostki zupełnie pozbawione selektywnie danej siły charakteru. Zgodnie z powszechną wśród ludzi tendencją do silniejszego reagowania na informacje negatywne (Baumeister, Bratslavsky, Finenauer, Vohs, 2001) dostrzeżenie u siebie braku jakiejś siły może być znacznie bardziej angażujące niż

dostrzeżenie obecności innej. W konsekwencji sytuacja socjoterapeutyczna, w której ujawniały się będą siły charakteru różnych osób, może doprowadzić do dezadaptacyjnej koncentracji na niedoborze danej siły, zamiast prowadzić do koncentracji na własnej mocnej stronie. Z tego powodu należy pamiętać, aby wyjaśnić grupie, że nie stanowi wartości posiadanie pełnej palety wszystkich sił charakteru, lecz rozpoznanie własnych mocnych stron i jak najpełniejsze ich wykorzystanie (Seligman, 2002; Seligman, Steen, Park, Peterson, 2005). Taka postawa może skutkować konstruktywnym podejściem do własnej zróżnicowanej konfiguracji sił.

Ogólna konfiguracja sił składa się na charakter człowieka, określane także jego cnotą (*virtue*) (Peterson, Seligman, 2002). W tym wypadku cnota występuje w formie pojedynczej jako kategoria nadrzędna względem poszczególnych cnót. Siły, które osiągają u danej osoby najwyższą wartość, określamy mianem sił sygnaturowych (czyli sił „popisowych”). Eksploracja własnych sił sygnaturowych może odbywać się w warunkach socjoterapii, ponieważ siły, choć stanowią wartość samą w sobie (jako przejaw moralnie cenionych cnót), oddziałują w kontekście społecznym. Wykorzystywanie sił sygnaturowych daje poczucie autentyczności, towarzyszy mu podekscytowanie i przyływ witalności, ponadto pozostawia po sobie raczej ożywienie niż zmęczenie czy wyczerpanie. Praca socjoterapeutyczna oparta na sygnaturowych siłach charakteru może zatem pełnić również pośrednio funkcję energetyzującą grupę. Co więcej, jest to droga energetyzacji nie wynikająca z aktywności fizycznej, jak to często bywa w wypadku aktywizowania grup socjoterapeutycznych. Wzrost wigoru następuje na skutek ożywienia zainicjowanego intelektualnie. Obserwacja u uczestników socjoterapii i docenienie tego rodzaju doświadczeń może stanowić jeden z kroków wewnętrznego umocnienia, pokazujący, jak duże pokłady inspiracji można odnaleźć w samym sobie.

Odkrycie u siebie siły sygnaturowej może też pociągnąć za sobą lawinę szybkiego rozwoju w danym obszarze. Sygnaturowym siłom charakteru towarzyszy szybki proces uczenia się ich stosowania i odnajdywania nowych form angażowania swojej mocnej strony w życiu grupy socjoterapeutycznej, a później w życiu codziennym. To doświadczenie może być również wartościowe od strony formalnej, jeśli będzie mu towarzyszyć doświadczenie uczenia się i osobistego rozwoju, które może zostać zgeneralizowane na inne sfery funkcjonowania i rozbudować trwały zasób poczucia własnej skuteczności. W ten sposób na przykład osoba do tej pory agresywna może ujawnić w bezpiecznej sytuacji socjoterapeutycznej tłumioną wcześniej siłę uprzejmości. Tej pierwszej manifestacji może towarzyszyć uczucie olśnienia, ogromnej ekscytacji i autentyczności. Przy nadal sprzyjającym kontekście siła ta może się dalej rozwijać i być może z czasem przeważać motywacje stojące u podłoża zachowań agresywnych.

Idąc od ogólnych cenionych ideałów (cnót) poprzez cechy osobowości je wyrażające, dociera się do tematów sytuacyjnych. Tematem sytuacyjnym jest wykorzystanie siły charakteru w konkretnym działaniu. Przykładowo życzliwość jest cechą osobowości, ale w zależności od sytuacji może przejawiać się jako empatia, ogólna pozytywność bądź też włączanie innych w obręb własnej grupy i do aktywności. Dobrze poprowadzona sytuacja socjoterapeutyczna może aktywizować tematy angażujące poszczególne siły charakteru. Tym, co prowadzi do manifestacji siły charakteru pod postacią tematu sytuacyjnego jest tzw. czynnik wyzwalający.

Siły charakteru mogą mieć charakter toniczny (stały, wówczas manifestują się w codziennej aktywności), np. ciekawość lub też charakter fazowy (okazjonalny, np. siły charakteru związane z cnotą odwagi). Fazowość polega na tym, że siły charakteru mają charakter uspijony dopóki nie pojawi się wyjątkowa sytuacja pozwalająca wybudzić i wykorzystać posiadaną siłę. Doświadczenia socjoterapeutyczne mogą pozwolić na aranżowanie wyjątkowych sytuacji społecznych, w których pojawi się dogodna możliwość ujawnienia się sił fazowych. Może być to sytuacja szczególnie korzystna dla tych osób, wśród których sił sygnaturowych dominują siły fazowe. Takie osoby, osadzone w codziennym kontekście, mogą nie mieć okazji do manifestowania swoich mocnych stron i może u nich kształtować się nieadekwatny, negatywny obraz samego siebie. W konsekwencji potencjalne siły charakteru, które mogłyby pełnić funkcję prospołeczną, np. odwaga, mogą wyrażać się w formach dezadaptacyjnych, np. zachowań ryzykownych. Niecodzienne sytuacje społeczne aranżowane przez socjoterapeutę mogą te siły wybudzić i uruchomić bądź – w wypadku ich antyspołecznego ukierunkowania – zmienić ich orientację na cele prospołeczne.

## **2. Zastosowanie w socjoterapii elementów terapii opartej na siłach charakteru**

W prowadzeniu socjoterapii można wykorzystać elementy terapii opartej na siłach charakteru (Wong, 2006). Podejście to zwraca uwagę na cztery momenty, które tworzą proces rozwoju wykorzystujący siły charakteru.

### **2.1. Ujawnienie/sprecyzowanie**

Pierwszy z nich, precyzowanie i ujawnianie, ma charakter głównie diagnostyczny. W wypowiedziach uczestników socjoterapii należy wyszukiwać (lub zachęcać do tego innych uczestników) przejawów sił charakteru. Jak już

zostało wspomniane, siły charakteru określają, jakim człowiek powinien być, a nie co powinien czynić. A zatem siły charakteru mogą ujawnić się również w trakcie działań, które ze względu na swój skutek mogą być oceniane negatywnie. Na przykład osoba mówiąca, że ciągle w pracy wykonuje zadania, których w gruncie rzeczy nienawidzi, może w ten sposób wyrażać własną dezaprobatę wobec swojego postępowania („co czynię”). Natomiast wglądem może być dla niej wskazanie, że mimo tego, że jej czyny nie prowadzą do poczucia spełnienia, to formalna strona zachowania odzwierciedla mocną stronę charakteru („jaki jesteś”), w tym wypadku wytrwałości i samokontroli. Wskazujemy w ten sposób siłę, która po wytyczeniu celów nacechowanych osobistym znaczeniem może przyczynić się do osobistego rozkwitu.

## **2.2. Tworzenie wizji**

Po identyfikacji siły charakteru może nastąpić etap generowania po-myślnego obrazu przyszłości opartego na realizacji siły. Kontekst grupowy może pomóc w realizacji tego zadania. Wśród celów, które nadają kierunek dążeniom człowieka, można wyróżnić dwa ich typy (Baumeister, Vohs, 2002). Pierwszy to bardzo zindywidualizowane i skonkretyzowane cele zadaniowe, w których obiektywny rezultat jest pożądanym, lecz nie został osiągnięty (chcę stworzyć związek z osobą X). Drugi natomiast typ celów to tzw. spełnienia, które mają charakter abstrakcyjny, np. chcę się zakochać, chcę osiągnąć zbawienie, chcę być dobrym ojcem itp. Każdy z tych stanów osiąga się w sposób bardzo zindywidualizowany. Jednak ze względu na to, że sformułowane są one w sposób bardzo abstrakcyjny, mogą być podzielane przez wiele osób uczestniczących w grupie socjoterapeutycznej. Wskutek tego spełnienia mogą stanowić użyteczny obiekt, wokół którego może być budowana wizja.

## **2.3. Umocnienie**

Aby wizja mogła się urzeczywistnić, opracowuje się osobisty sposób jej osiągnięcia. Rezultatem tej fazy jest wygenerowanie konkretnych rozwiązań ukazujących, w jaki sposób można wykorzystywać zidentyfikowane siły charakteru, aby opierając się na tej mocnej stronie, dążyć do spełnienia i rozkwitu własnego oraz ludzi, z którymi osoba pozostaje w relacjach. Ponieważ jest to proces w dużej mierze twórczy, socjoterapia może mieć przewagę nad terapią indywidualną. Możliwe jest wykorzystanie twórczego wkładu in-

nych osób z grupy w opracowanie własnego planu angażowania własnych sił charakteru. Umacniający aspekt tego procesu koncentruje się na doprowadzeniu do przekonania, że pozytywna zmiana może być rezultatem własnej aktywności intencjonalnej i wyrazem woli, a nie tylko sprzyjających okoliczności. Zachęcać można zatem osobę, na której skoncentrowana jest uwaga grupy, do kształtowania nawyków zbudowanych wokół ujawnionych sił charakteru. Dodatkowo, tak jak przy większości inicjowanych nowych zachowań ukierunkowanych na cele prozdrowotne, ważne mogłoby być dodatkowe motywowanie osoby do podjęcia prób. Przydatne w tym celu byłoby wykorzystanie instrumentarium opracowanego w ramach psychologii zdrowia, służące zmianie zachowań nawykowych (Michie, Abraham, 2008). W tym wypadku użyteczny może być kontekst grupowy formowania się intencji i jej realizacji. Wiele determinant motywacji do podjęcia zmiany zachowania ma charakter społeczny, np. modelowanie, porównania społeczne czy też spostrzeganie siebie jako wzoru dla innych (Michie, Abraham, 2008). Po drugie, etap ten podobny jest również do technik wzmagania nadziei, które oprócz opracowywania alternatywnych dróg do celu, wymagają motywowania osoby do korzystania z tych alternatyw (Snyder, Rand, Sigmon, 2002). Wszak dopiero, gdy nowy pomysł rozwiązania problemu połączy się z motywacją do jego wypróbowania, mamy do czynienia z nadzieją. Podobnie, wówczas możemy mówić o umocnieniu, kiedy osoba opracuje tematy sytuacyjne odwołujące się do ujawnionych sił charakteru (czyli konkretne sposoby wykorzystania siły) oraz będzie przekonana o własnej skuteczności w zakresie podjęcia próby dokonania pozytywnej zmiany.

#### 2.4. Rozwój

Zamknięcie pełnego cyklu następuje po odnotowaniu postępu, mierzonego stopniem realizacji planu zawartego w fazie umacniania. Wskaźnikiem postępu nie jest rezultat, lecz podjęta próba. Rezultat podjętej aktywności jest pochodną również czynników niezależnych od osoby dokonującej zmiany. Koncentracja na procesie, nie zaś rezultacie, może być szczególnie ważna przy pierwszych próbach inicjowania nowego zachowania, ponieważ obniża się w ten sposób lęk przed porażką. Odnotowaniu i podsumowaniu postępu (jak wspomniano, również samej próby bez względu na rezultat) powinno towarzyszyć celebrowanie odniesionego sukcesu. Również w tym wypadku włączenie elementów terapii opartej na siłach charakteru w kontekst socjoterapeutyczny wydaje się bardzo użyteczne. Celebrowanie dokonanego postępu, czyli dzielenie pozytywnych emocji w kontekście pewnych wydarzeń, może być bardziej efektywne w kontekście grupy społecznej niż

diady klient – terapeuta ze względu na społeczny charakter pozytywnych emocji (Fredrickson, 2011; Kaczmarek, Krawulska-Ptaszyńska, 2005; Levenson, 1999).

## Zakończenie

Przeprowadzona powyżej analiza wykazuje, że teoria sił charakteru rozwijana w ramach psychologii pozytywnej może dostarczać użytecznych narzędzi do pracy socjoterapeutycznej. Rama teoretyczna cnót i sił charakteru pozwala opisać szerszy zakres funkcjonowania człowieka. Dodatkowo wyniki badań eksperymentalnych pokazują, że w odniesieniu do osób doświadczających trudności (np. depresji) pośrednie formy oddziaływania (redukcja depresji poprzez rozwijanie potencjałów szczęścia w odróżnieniu od czynników ryzyka depresji) mogą przynieść korzystne efekty (Seligman, Rashid, Parks, 2006; Sin, Lyubomirsky, 2006).

Coraz większe jest zapotrzebowanie społeczne na formy interwencji, które niosą w sobie pozytywny obraz człowieka jako jednostki pierwotnie odpornej, gdzie trudności (np. konflikty) traktuje się raczej jako stan przejściowy niż fundamentalną istotę psychiki. Co więcej, badania nad odpornością psychiczną wykazują duży udział elementów pozytywnych w mechanizmach utrzymywania zdrowia (Kaczmarek, Sęk, Ziarko, 2011; Kaczmarek, 2009). Jak wynika z przedstawionej powyżej analizy, związki sił charakteru z procesem socjoterapii są zatem bardzo silne. Można dostrzec wyraźne osadzenie kryteriów selekcyjnych sił charakteru w kontekście społecznym funkcjonowania człowieka. W wypadku terapii opartej na siłach charakteru udało się wykazać, że jej realizowanie w warunkach socjoterapeutycznych oferuje dodatkowe korzyści odnoszące się do głównych zadań terapeutycznych (np. wzbudzanie nadziei i celebrowanie sukcesów).

Przedstawione powyżej analizy mają na obecnym etapie charakter jedynie teoretyczny. Dotychczas nie prowadzono badań eksperymentalnych, które dokumentowałyby efektywność oddziaływań socjoterapeutycznych ukierunkowanych na wykorzystanie sił charakteru. Z tej przyczyny zaprezentowane tutaj spostrzeżenia należałoby bardzo ostrożnie wykorzystywać we własnej pracy socjoterapeutycznej – raczej jako źródło inspiracji niż sprawdzone wytyczne.

Propozycje psychologii pozytywnej stanowią obecnie „wiedzę gorącą” w psychologii. Wszelki wskazówki praktyczne bardzo szybko, a może nawet zbyt szybko, próbuje włączać się do pracy terapeutycznej. Z dużą ostrożnością i pełną powagą należy jednak traktować próby pracy nad dobrostanem i szczęściem człowieka. Błędne byłoby przekonanie, że obszar

szczęścia jest mniej wrażliwy na zranienie niż obszar osobistych problemów i traum. Błędne byłoby również przekonanie, że te dwie sfery są względem siebie zupełnie niezależne. Dodatkowo ważne wydaje się uwzględnianie różnic indywidualnych w preferencjach dotyczących metod pracy terapeutycznej. Obszar subiektywnego dobrostanu i jego determinant jest bardzo zindywidualizowany (Kaczmarek, Stanko-Kaczmarek, Dombrowski, 2010) i przez to wymaga również dopasowania celów i metod zmiany do właściwości konkretnej osoby jako uzupełnienie technik oddziałujących skutecznie na poziomie grupowym.

Z pewnością natomiast warto podejmować próby refleksyjnego poszerzania repertuaru stosowanych technik socjoterapeutycznych o propozycje wypływające z nurtu psychologii pozytywnej. Taki wydaje się współczesny klimat społeczny, w którym coraz większą wagę przywiązuje się do problematyki jakości życia, dobrostanu i szczęścia. Przede wszystkim jednak uzasadnieniem tych poszukiwań są dobrze kontrolowane badania empiryczne, ukazujące, że interwencje pozytywne, w tym również wykorzystujące siły charakteru, są po prostu skuteczne (Seligman, Steen, Park, Peterson, 2005).

#### LITERATURA

- BAUMEISTER, R.F., BRATSLAVSKY, E., FINKENAUER, C., VOHS, K. D. (2001). *Bad is stronger than good*. „Review of General Psychology”, 5, pp. 323–370.
- BAUMEISTER, R.F., VOHS, K.D. (2002). *The pursuit of meaningfulness in life*. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press, pp. 257–276.
- CARR, A. (2009). *Psychologia pozytywna – nauka o szczęściu i ludzkich siłach*. Poznań: Zysk i S-ka.
- DAHLGAARD, K., PETERSON, C., SELIGMAN, M.E.P. (2005). *Shared Virtue: The Convergence of Valued Human Strengths Across Culture and History*. „Review of General Psychology”, 9, pp. 203–213.
- FREDRICKSON, B. (2011). *Pozytywność*. Poznań: Zysk i S-ka.
- FREDRICKSON, B.L., LOSADA M.F. (2005). *Positive affect and the complex dynamics of human flourishing*. „American Psychologist”, 60, pp. 678–686.
- KACZMAREK, Ł. (2006). *Pozytywne emocje jako niespecyficzny czynnik wspomagający proces psychoterapii*. W: Ł. Kaczmarek, A. Słysz, E. Soroko (red.). *Od systemu terapeutycznego do interwencji*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, s. 41–56.
- KACZMAREK, Ł. (2009). *Resiliency, stress appraisal, positive affect and cardiovascular activity*. „Polish Psychological Bulletin”, 40, pp. 46–53.
- KACZMAREK, Ł., KRAWULSKA-PTASZYŃSKA, A. (2005). *Funkcje pozytywnych emocji w perspektywie indywidualnej i społecznej*. W: P. Orlik (red.). *Magma uczuć*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii UAM, s. 125–149.
- KACZMAREK, Ł., SĘK, H. (2004) (red.). *W stronę psychologii pozytywnej*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.

- KACZMAREK, Ł., SEK, H., ZIARKO, M. (2011). Sprężystość psychiczna i zmienne pośredniczące w jej wpływie na zdrowie. „Przegląd Psychologiczny”, 54, s. 29–46.
- KACZMAREK, L.D., STANKO-KACZMAREK, M., DOMBROWSKI, S. (2010). *Adaptation and Validation of the Steen Happiness Index into Polish*. „Polish Psychological Bulletin”, 40, pp. 98–104.
- LARSEN, J.T., HEMENOVER, S.H., NORRIS, C.J., CACIOPPO, J.T. (2002). *Turning adversity to advantage: on the virtues of the coactivation of positive and negative emotions*. W: L.G. Aspinwall, U.M. Staudinger (eds.). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 211–226.
- LEVENSON, R.W. (1999). *The intrapersonal functions of emotion*. „Cognition and Emotion”, 13, pp. 481–504.
- MICHIE, S., ABRAHAM, CH. (2008). *A taxonomy of behavior change techniques used in interventions*. „Health Psychology”, 27, pp. 379–387.
- PETERSON, C., SELIGMAN, M.E.P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association.
- SELIGMAN, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, NY, US: Free Press.
- SELIGMAN, M.E.P., RASHID, T., PARKS, A.C. (2006). *Positive psychotherapy*. „American Psychologist”, 4, pp. 774–788.
- SELIGMAN, M.E.P., STEEN, T.A., PARK, N., PETERSON, CH. (2005). *Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions*. „American Psychologist”, 5, pp. 410–421.
- SIN, N.L., LYUBOMIRSKY, S. (2006). *Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis*. „Journal of Clinical Psychology”, 65, pp. 467–487.
- SNYDER, C.R., RAND, K.L., SIGMON, D.R. (2002). *Hope theory: a member of the positive psychology family*. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press, s. 257–276.
- WONG, Y.J. (2006). *Strength-centered therapy: a social constructionist, virtues-based psychotherapy*. „Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training”, 43, pp. 133–146.



IZABELA STANKOWSKA  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu  
MAGDALENA ROSZAK  
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu  
ANITA MACHAJ-SZCZEREK  
Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa w Poznaniu



# **Kształtowanie optymizmu młodzieży podlegającej oddziaływaniom socjoterapeutycznym**

## **Wprowadzenie**

Odbiorcami zajęć socjoterapeutycznych są dzieci i młodzież pochodzące z rodzin pod jakimś względem dysfunkcyjnych, w których np. pojawia się przemoc fizyczna i/lub psychiczna, nadużycia wobec ich członków, uzależnienia, kłótnie rodziców, brak więzi emocjonalnej pomiędzy członkami, brak czasu dla siebie, niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb. Odczuwanie trudnych i przykrych doświadczeń rodzinnych nierzadko prowadzi do prezentowania zachowań nieadaptacyjnych. Stąd wśród młodzieży kierowanej na socjoterapię przeważają osoby z powtarzalnymi i utrzymującymi się zachowaniami zaliczanymi do objawów zaburzeń socjalizacyjnych – naruszaniem reguł i norm społecznych, wzorców postępowania i praw innych oraz nieprawidłowościami wewnętrznych regulatorów postępowania. Wśród antyspołecznych, aspołecznych i destruktywnych działań pojawiają się: trudności szkolne, absencja szkolna, zażywanie środków psychoaktywnych, agresja fizyczna i werbalna, autoagresja, brak umiejętności w nawiązywaniu, podtrzymywaniu i rozwijaniu prawidłowych kontaktów z rówieśnikami i dorosłymi, kradzieże, nietypowe dla wieku zachowania seksualne oraz członkostwo w dysfunkcyjnych, nieformalnych grupach młodzieżowych (Sawicka, 1999).

Wraz ze wzrostem liczby i natężenia tych zachowań wzrasta prawdopodobieństwo utrwalenia się ich i tym samym zwiększa się stopień patologizacji funkcjonowania w wieku późniejszym (Zajączkowski, 1997). Dysfunkcyjne zachowania ujawniane przez zagrożoną demoralizacją młodzież można określić jako:

- 1) zachowania wrogie – ujawniane we wzmożonej agresywności względem otoczenia,
- 2) zahamowania – warunkowane lękiem, np. przed podejmowaniem nowych zadań, brakiem poczucia bezpieczeństwa,
- 3) zachowania aspołeczne – przejawiające się okrucieństwem, łamaniem norm,
- 4) zachowania niekonsekwentne – brak konsekwencji w działaniu, nadpobudliwość, zaburzenia koncentracji, uwagi (Scott, za: Urban, 2000).

Oprócz wymienionych objawów nieprzystosowania społecznego, pojawiają się również: zniekształcenia przekonań i sądów poznawczych, nieprawidłowości w kształtującym się obrazie samego siebie, świata i innych<sup>1</sup> oraz niektóre zaburzenia emocjonalne (Sawicka, 1999), co nierzadko prowadzi do obniżenia nastroju i depresji. Dodajmy, że depresja u dzieci wywoływana jest nie tylko niepomyślnym i trudnym wydarzeniem, ale też pesymistycznym stylem wyjaśniania zdarzeń (Seligman, 2007). Zaburzenia i trudności, które leżą u źródeł wyszczególnionych zachowań, ponad wszelką wątpliwość zakłócają właściwy proces rozwoju i socjalizacji młodzieży.

W związku z tym, w celu intensyfikacji pozytywnych skutków oddziaływań socjoterapeutycznych, wyjątkowo istotna staje się realna praca nad rozwijaniem optymistycznego stylu wyjaśniania lub zmianą nastawienia pesymistycznego na optymistyczne, które przyczyni się do przewartościowania podstaw życia oraz zmiany dotychczasowych błędnych przyzwyczajzeń, postaw i schematów (Seligmann, 1997). Zakładając za M. Seligmanem (1997), że optymizm jest w dużej mierze wynikiem efektu uczenia się i naśladowania można przyjąć, że istnieje możliwość nauczania optymizmu każdą jednostkę bez względu na wiek, jeśli stworzy się ku temu odpowiednie warunki. Oddziaływania socjoterapeutyczne stają się tym samym idealnym miejscem tych działań.

Zanim przedstawione zostaną sposoby kształtowania optymizmu, rozpatrzony zostanie on z perspektywy najczęstszych podejść teoretycznych do problematyki.

---

<sup>1</sup> Na obraz siebie składają się przekonania dotyczące: wyglądu, cech fizycznych, umiejętności, sprawności i zdolności, pozycja w grupie społecznej (Reykowski, 1970). Obraz „Ja”, kształtujący samoocenę, wynika z doświadczeń jednostki zdobywanych przede wszystkim w środowisku rodzinnym.

## 1. Optymizm – najważniejsze definicje i wymiary zjawiska

Pojęcie optymizmu definiowane jest na kilka różnych sposobów, z uwzględnieniem odmiennych kryteriów. Posiada obecnie wiele potocznych definicji, wskutek czego możemy spotkać wyjaśnienie tego pojęcia jako: pewną właściwość lub cechę jednostki, postawę lub nastrój, skłonność do traktowania przyszłych wydarzeń jako bardziej pomyślnych niż niepomyślnych, skłonność do wiary w pomyślne zakończenie podjętego działania, wiara w triumf dobra nad złem, ogólna pozytywna ocena świata i jego elementów (R. Stach, 2006). Jednakże przytoczone próby definiowania optymizmu nie spełniają wymogów naukowości, w związku z czym pojęcie to wymaga takiego ujęcia, które po pierwsze będzie wyczerpujące, a po drugie możliwe do empirycznej weryfikacji.

Ch. Carver (2000, za: R. Stach, 2006) optymistami określa jednostki **oczekujące pomyślnych wydarzeń**. Rozszerzając to podejście, T. Mądrzycki (2002) definiuje optymizm jako oczekiwanie pomyślnych wydarzeń przy jednoczesnej **skłonności do doświadczania dodatnich uczuć i zadowolenia z życia**. J. Czapiński i T. Panek (2004) natomiast dodają kryterium porównywania się z innymi i utożsamiają optymizm ze **skłonnością jednostki do oczekiwania, że jej życie będzie lepsze od innych**.

Optymizm może być pojmowany również jako **osobisty zasób warunkujący samopoczucie jednostki oraz jej stan psychofizyczny** (Poprawa, 1996). Zasób ten dodatkowo implikuje wyższą odporność na stres oraz sprzyja osiągnięciu sukcesów, a „im więcej sukcesów odnosi osoba, tym większym staje się optymistą” (Seligman, 1997, s. 131). L. Tiger (1979, za: Stach, 2006) sądzi, iż optymizm **jest nastrojem lub postawą korelującą z wartościowaniem**, związaną z oczekiwaniami i antycypacją przyszłości społecznej lub materialnej, ocenianą jako społecznie aprobowana i indywidualnie zadowalająca bądź niekorzystna.

Optymizm to także **nastawienie wartościujące**<sup>2</sup>, określające skłonność do przypisywania pozytywnych znaczeń wartościującym niejednoznacznym sferom rzeczywistości (Czapiński, 1985). Przy czym nastawienie to może przyjąć postać: (a) analityczną – „wyraża się w proporcji cząstkowych ocen pozytywnych i negatywnych, odnoszących się do jakiejś wyodrębnionej całości np. ludzi, rodziny, własnego życia” (Czapiński, 1985, s. 53) lub (b) syntetyczną, czyli uogólnionej oceny całości, różnicowane konsekwencjami, jakie może ponieść jednostka. Takie podejście podkreśla istnienie pewnych tendencji człowieka do preferowania pozytywnych stron wydarzenia, pomi-

<sup>2</sup> Nastawienie wartościujące jest postacią inklinacji wartościującej.

ja jednak fakt, że mianem optymizmu można określić przecież dwie odmiennie sytuacje:

- optymistyczną ocenę jednostkowego faktu,
- ogólną tendencję do optymistycznej oceny faktów (Siciński, 1972).

Optymizm może zatem przyjąć formę ogólnego pozytywnego przekonania, oderwanego od konkretnego zdarzenia lub dotyczyć pozytywnego przekonania na temat konkretnej sytuacji (Stach, 2006).

Innym kryterium różnicującym zakres optymizmu jest propozycja K. Bouldinga (1980, za: Czapiński, 1985) wyodrębniająca optymizm: (a) sprawczy – dotyczący przeświadczenia jednostki o możliwości indywidualnego wpływu na rzeczywistość, zmierzającej do osiągnięcia wyższej jakości życia oraz (b) esencjalny – opisujący przekonanie na temat natury świata. Wyróżnia się w nim optymizm analityczny (częstkowy) oraz syntetyczny (globalny).

Podkreślając wieloznaczność i brak precyzji w definiowaniu terminu optymizm, A. Siciński (1972) przedstawił niezwykle ważną propozycję ujęcia omawianego terminu, która uwzględnia trzy kryteria nastawienia wartościującego:

- 1) kryterium rodzaju – metafizyczne/doktrynalne *versus* konkretne, tj. pogląd na naturę świata *versus* ocena wybranych wydarzeń,
- 2) kryterium czasowego odniesienia – bez czasowego odniesienia *versus* przeszłościowe, prezentystyczne i przyszłościowe,
- 3) kryterium odnoszące się do punktu widzenia – przedmiotowy *versus* podmiotowy tj. treść poglądu *versus* charakterystyka podmiotu.

W obu przytoczonych propozycjach pojawia się optymizm esencjalny, zwany również metafizycznym. Ujęcie to po raz pierwszy pojawiło się w filozoficznych rozważaniach G. Leibniza (Tatarkiewicz, 1990) jako przekonanie o pozytywnej naturze świata, w której jednak może pojawić się zło metafizyczne, fizyczne i moralne.

Optymizm może być rozpatrywany w kategorii: (1) optymizmu ekspansywnego, związanego z nadzieją na sukces, (2) optymizmu obronnego, będącego miarą woli życia i dotyczącego nadziei na uniknięcie porażki (Czapiński, Panek, 2004). Oczekiwanie pomyślnych zdarzeń jest według Ch. Carvera kluczowe w rozumieniu optymizmu (Carver, 2000, za: Stach 2006). Jednakże uznaje się, że oczekiwanie na powodzenie jest mniej ważne od nadziei na uniknięcie niepowodzenia (patrz: efekt negatywizmu) i w większym stopniu jest zależne od warunków życia, wydarzeń życiowych i stanu psychofizycznego (np. zaburzenia afektywne). Nadzieja na uniknięcie porażki jest wrażliwa na czynniki zagrażające woli życia, pojawiające się np. w skutek nadużywania środków psychoaktywnych i ingerujące w biologię pracy mózgu. Co więcej, dowiedziono (Czapiński, Panek, 2004), że istnieją wzrastający wraz z wiekiem związek pomiędzy optymizmem ekspansywnym a

sywnym i obronnym, tj. im większy optymizm obronny, tym mniejszy ekspansywny.

Pojęciem ściśle łączącym się z optymizmem jest nadzieja<sup>3</sup>. „Nadzieja oznacza najbardziej podstawową jakość »ja«, bez której życie nie może się zacząć ani w sposób sensowny zakończyć” (Erikson, 2002, s. 76). Pojęcie to stworzył E. Erikson (2002) na określenie przekonania o dwóch cechach świata: sensowności i przychylności. Wiara w porządek i celowość świata to przeświadczenie dotyczące regularności zachodzących w nim zjawisk i zdarzeń dotyczących jednostki i tych niezwiązanych z nią. Nadzieja podstawowa, poprzez fakt odnoszenia się do przekonań na temat struktury świata, staje się częścią światopoglądu jednostki i fundamentem, na którym jednostka buduje ogólne przekonanie o świecie. Kształtowany na nim pogląd dotyczący otaczającej rzeczywistości cechuje się przekonaniem o względnej przychylności losu (Trzebiński, Zięba, 2003). Tak więc związek nadziei z optymizmem widoczny jest w założeniu, że im silniejsza nadzieja podstawowa, tym silniejsze oczekiwanie i wiara, że na świecie można spotkać więcej dobrego niż złego.

Przekonanie o sensowności świata jako całości skutkuje uzyskaniem sensowności dla wszelkich faktów i zdarzeń zachodzących w świecie. Przychylność świata przejawia się możliwością zapewnienia sobie przez jednostkę, dzięki własnym zasługom, dobrostanu. Co więcej, nadzieja wiąże się z poczuciem sprawiedliwości świata, co kształtuje przekonanie, że człowiek otrzymuje od losu to, na co zasłużył. Zatem jednostki oceniające swoje postępowanie jako dobre częściej będą oczekiwać sprzyjającego losu. Człowiek o silnej nadziei podstawowej lepiej funkcjonuje w życiu społecznym i posiada większą gotowość do sprostania trudnej sytuacji, w porównaniu z osobą o słabej nadziei podstawowej (Trzebiński, Zięba, 2003).

Wpływ nadziei podstawowej na jednostkę jest szczególnie wyraźny w sytuacji doświadczenia wydarzenia podważającego dotychczasowy ład lub wydarzenia zagrażającego dobrostanowi jednostki oraz w sytuacjach wymagających stworzenia nowego porządku. „Nadzieja może być efektem nie tylko poczucia osobistego sprawstwa, złudzenia osobistej kontroli nad biegiem zdarzeń, ale także poczucia wsparcia społecznego i wiary w opatrnościową opiekę sił nadprzyrodzonych” (Czapiński, 1985, s. 204). Ponadto w procesie socjoterapeutycznym wzbudzanie nadziei jest jednym ze znaczących czynników leczących. Wiąże się on przede wszystkim ze sposobem postrzegania członków grupy jako osób posiadających podobne problemy, które mimo to potrafią sobie poradzić z ich rozwiązywaniem. Wskutek tego wzbudzana jest nadzieja na poradzenie sobie z własną trudną sytuacją, co

---

<sup>3</sup> Jako jedna z ośmiu cnót podstawowych *ego*.

prowadzić może jednocześnie do wzrostu motywacji do zmiany (Yalom, 1970, za: Oster, Gould, 2007).

R. Stach (2006) zwraca uwagę na spójne i umotywowane – mimo różnic temporalnych – łączenie dwóch aspektów optymizmu w piśmiennictwie przedmiotu: (1) tendencji do postrzegania świata z perspektywy pozytywnej oraz (2) nadziei na pomyślną przyszłość. Wyraża opinię, iż niezwykle trudne byłoby uznanie świata za niesprzyjający przy jednoczesnym oczekiwaniu na pomyślne wydarzenia czy ocenę świata w kategoriach pozytywnych bez nadziei na sukces w przyszłości. Wedle jego definicji optymizm to: „względnie trwała tendencja do spostrzegania, wyjaśniania i oceniania świata i zjawisk w nim zachodzących w kategoriach raczej pozytywnych niż negatywnych oraz względnie trwała skłonność do przewidywania i oczekiwania przyszłych, mniej lub bardziej konkretnych wydarzeń związanych z podmiotem jako raczej dla niego pomyślnych niż niepomyślnych w przypadku niepewności odnośnie do możliwości zaistnienia tych wydarzeń, przy czym tendencja do pozytywnej oceny świata oraz oczekiwania pomyślności służą usprawnieniu procesów adaptacji, czyli poprawie ogólnego dobrostanu jednostki” (Stach, 2006, s. 17).

Analizując zagadnienia związane z optymizmem, nie sposób pominąć kilku najbardziej charakterystycznych dla tego zjawiska efektów i ludzkich tendencji, które w dość klarowny sposób obrazują specyfikę różnych wymiarów optymizmu oraz odchyłeń od realizmu.

**Tabela 1.** Przekonania warunkujące poziom optymizmu-pesymizmu

Zjawisko	Charakterystyka zjawiska
Efekt negatywności	Przywiązywanie większej wagi do rzeczy złych aniżeli dobrych, co bezpośrednio łączy się z tendencją do większego skupiania się na unikaniu nieszczęścia niż dążenia do osiągnięcia zadowolenia (Czapiński, Panek, 2004). Skłonność ta może być wyjaśniana za pomocą zasad gospodarowania zasobami teorii zachowania zasobów S. Hobfolla (Heszen, Sęk, 2007). Zakłada ona, że proces gospodarowania zasobami składa się, z powiększających się w kolejnych cyklach, spirali zysków i strat. Przy czym spirala strat jest bardziej dynamiczna niż spirala zysków oraz „nieproporcjonalnie istotniejsza i bardziej dotkliwie odczuwalna niż zysk” (Heszen, Sęk, 2007, s. 147). Z tej perspektywy wydaje się dość zrozumiała ludzka tendencja stawiania na pierwszym planie potrzeby ochrony zasobów (np. niedopuszczenia do utraty rodziny, wolności) przed koncentrowaniem się na powiększaniu ich rezerwuaru (np. poprawa ocen w szkole).
Efekt Pollyanny	Skłonność do szukania w każdym człowieku pozytywnych cech. Od tego efektu pochodzi termin „pollyannizm” stosowany do określenia przejawów optymizmu lub przewagi optymizmu nad pesymizmem w postaci analitycznej. Określa on ponadto skłonność do częstszego wyrażania pozytywnych niż

cd. tab. 1

Zjawisko	Charakterystyka zjawiska
	negatywnych ocen cząstkowych związanych z otaczającym światem. Niniejszy efekt można obserwować także w stosunku do ocen własnych cech oraz indywidualnych działań podmiotu (Czapiński, 1985).
Efekt Panglossa <sup>4</sup>	„syntetyczna postać optymizmu esencjalnego, a więc przewaga uogólnionych ocen pozytywnych w odniesieniu do świata w ogóle, ludzi, własnego życia itp.” (Czapiński, 1985, s. 61). Zadowolenie jest tu wynikiem pozytywnej oceny własnego życia jako życia najbardziej nam znanego i przewidywalnego.
Efekt Barnum	Skłonność do uznawania za prawdziwe informacji zwrotnych na temat pozytywnych aspektów własnego funkcjonowania (Stach, 2006).
Atrybucja obronna	Wyjaśnienia chroniące jednostkę przed świadomością zaistnienia niepomyślnych wydarzeń, które mogą przyjąć dwojaki charakter: (a) nierealistycznego optymizmu – czyli „przeświadczenie jednostki, że rzeczy dobre przydarzą się raczej jej niż innym, a rzeczy złe spotkają raczej innych niż ją samą” (Aronson, Wilson, Akert, 1997, s. 206), (b) wiary w sprawiedliwy świat – wiara, że każda jednostka otrzymuje od losu to, na co sobie zapracowała, czyli przeświadczenie, że dobrych ludzi spotyka dobro, natomiast złych zło (Aronson, Wilson, Akert, 1997).
Efekt Marks-Irwina	Przeświadczenie, że niepewne zjawisko podlega kontroli jednostki, co prowadzi do przeceniania szansy na pojawienie się wydarzeń pomyślnych. Źródła takiej postawy lokują się najczęściej w: (a) przeświadczeniu jednostki o możliwości wpływania na zdarzenia warunkowane wyłącznie przypadkiem, co byłby wyrazem optymizmu sprawczego, tj. złudzenia kontroli, (b) wierze człowieka w sprawiedliwy los i nadziei, że będzie on właśnie dla niego łaskawy (Czapiński, 1985), co jest zbieżne z teorią atrybucji obronnej.
Złudzenie monte carlo	Tendencja do przeceniania prawdopodobieństwa sukcesu pojawiającego się po całej serii niepowodzeń (Kozielecki, 2000).
Atrybucja w służbie ego	Tendencja do przypisywania sukcesów własnym czynnikom wewnętrznym, a porażek czynnikom zewnętrznym zależnym od sytuacji lub innych osób (Aronson, Wilson, Akert, 1997). Atrybucja w służbie ego pojawia się w sytuacjach, w których dochodzi do zagrożenia samooceny. Chcąc ją podwyższyć lub podtrzymać, jednostka próbuje umiejscowić przyczynę zdarzenia tam, gdzie przyniesie ona największą korzyść.
Efekt Hovinga	Prawdopodobieństwo zmiany nastawienia pesymistycznego na optymistyczne lub optymistycznego na pesymistyczne w konsekwencji nawet jednego przełomowego wydarzenia (np. wyzwanie, z którym udało się uporać lub śmierć matki), które przyczynia się do przewartościowania podstaw życia i zmiany dotychczasowych przyzwyczajeń, postaw i schematów (Seligman, 1997).

Źródło: opracowanie własne

<sup>4</sup> J. Czapiński (1985), analizując efekt Pollyanny i efekt Panglossa, stwierdził, iż nie można mówić o prostej zależności pomiędzy podejściem analitycznym i syntetycznym. Dowiedziano bowiem, że negatywna ocena konkretnych cząstkowych doświadczeń jednostki nie przekłada się bezpośrednio na negatywną ocenę życia w ogóle (Kreiser, 1986, za: Czapiński, 1985).

## 2. Możliwość kształtowania optymizmu

Analiza możliwości oddziaływania na młodzież w celu podwyższania poziomu optymizmu wymaga uwzględnienia różnych stanowisk dotyczących jego genezy (Tabela 2).

**Tabela 2.** Geneza optymizmu

Źródło optymizmu	Charakterystyka podejścia	Implikacje
Wrodzony charakter optymizmu (Czapiński, 1985)	Stanowisko to wskazuje na związek optymizmu z właściwościami anatomii i fizjologii mózgu, a konkretnie z ośrodkami nagrody i kary. Dowiedziono (Czapiński, 1985, s. 30), że „na poziomie mechanizmu neurofizjologicznych doznania pozytywne i negatywne są odrębnymi zjawiskami. Jedno i drugie może być wywołane przez ten sam bodziec adresowany do różnych okolic mózgu <sup>5</sup> ”. Wrodzony charakter optymizmu potwierdza również fakt, iż 35% obszaru mózgu wiąże się z reakcjami pozytywnymi, 5% – z negatywnymi, a 60% jest motywacyjnie obojętne (Delgado, 1969, za: Czapiński, 1985).	niemożliwy do kształtowania
Dziedziczność genów osobowościowych	Pośrednia dziedziczność optymizmu i pesymizmu poprzez dziedziczność genów osobowościowych: ekstrawersji i neurotyczności (Zuckerman, 2002, za: Stach, 2006).	możliwy do pośredniego kształtowania
Ewolucyjna geneza optymizmu (Tiger, 1979, za: Stach, 2006)	Optymizm jest uwarunkowany biologicznie i wzmacniany ewolucyjnie. Jego pierwowzorem jest instynkt życia, co wyjaśnia hipoteza zakładająca, że optymizm wyznacza aktywność człowieka oraz wpływa na podjęcie i sposób realizacji określonego działania. Pierwotnie instynkt życia regulował w sposób bezrefleksyjny i na poziomie automatycznym zachowania człowieka. Wraz z rozwojem świadomości i myślenia pojawiła się możliwość dokonywania wyborów, w konsekwencji czego automatyczny instynkt przestał dominować w wyznaczaniu ludzkiej aktywności. Rolę instynktu życia określanego przez R. Stacha (2006, s. 60) jako „biologicznie zaprogramowany, wieloaspektowy mechanizm inicjujący i wyznaczający przebieg zachowań mających zapewnić przetrwanie organizmu” musiał zacząć pełnić inny czynnik, tj. optymizm. Wyrażał się on przekonaniem o pomysłnym zakończeniu podejmowanych działań, które zostaną uwiecznione nagrodą, która z kolei mobilizuje do podejmowania dalszych aktywności. Rozwój optymizmu w konsekwencji	możliwy do kształtowania na drodze ewolucji

<sup>5</sup> Ośrodki wartościowania pozytywnego znajdują się w systemie limbiczno-śródmózgowym, a ośrodki wartościowania negatywnego w grzbietowej okołokomorowej części śródmózgowia i międzymózgowia (Czapiński, 1985).

cd. tab. 2

Źródło optymizmu	Charakterystyka podejścia	Implikacje
	doprowadził do pojawienia się zmian w układzie nerwowym <sup>6</sup> , prowadzącym do umocnienia się pozytywnej inklinacji.	
Reguła pozytywnych efektów działania i przewagi korzyści nad możliwościami strat (Stach, 2006)	Optymizm jest konsekwencją kierowania się zdroworozsądkowymi zasadami myślenia. Pierwszą regułą człowiek posługuje się automatycznie w sytuacji konieczności podjęcia lub kontynuowania działania, niekoniecznie rozpatrując prawdopodobieństwo jego powodzenia. Jest to przekonanie o pozytywnych efektach aktywności, bazujące na uniwersalnych, przeszłych doświadczeniach pokoleń, mówiących o osiąganiu korzyści zawsze wtedy, gdy podejmuje się wysiłek. Druga reguła wywodzi się z tych samych źródeł i oznacza wiarę, że korzyści zawsze będą większe niż straty.	możliwy do kształtowania w wyniku zmiany przekonań
Optymizm jako wynik procesu uczenia się (Seligman, 1997).	Każdą jednostkę można nauczyć optymizmu, jeśli stworzy się ku temu odpowiednie warunki.	możliwy do kształtowania w procesie uczenia się

Źródło: opracowanie własne

Ogólnie rzecz ujmując, można mówić o trzech odmiennych rodzajach źródeł zjawiska: (1) optymizm wynikający z sumy doświadczeń jednostki w otoczeniu (natura środowiska), (2) optymizm uwarunkowany uniwersalnymi prawidłowościami regulacyjnymi, np. homeostazą afektywną (cechy jednostki), (3) interakcja podmiotu i otoczenia (Czapiński, 1985). Wśród licznych hipotez wyjaśniających omawiane zjawisko trudno jest wskazać jedyną poprawną i wyczerpującą teorię uwarunkowań optymizmu. Uwzględniając obecny stan wiedzy, najlepszą propozycją wydaje się stanowisko łączące uwarunkowania biologiczne z modyfikującym wpływem środowiska zewnętrznego, tj.:

- uwarunkowania genetyczne,
- optymistyczny styl wyjaśniania rodziców,
- wytwarzające optymistyczne nastawienie i podwyższające poczucie własnej wartości opinie osób ważnych,
- sytuacje, w których dziecko nie uczy się bezradności (Seligman, 1997).

<sup>6</sup> „specyficzny system powiązanych ze sobą układów neuromediacyjnych, których aktywność odgrywa doniosłą rolę w zapobieganiu pojawiania się syndromu wyuczzonej bezradności” (Drugan, 2000, za: Stach, 2006).

Świadomość istnienia np. nierealistycznego optymizmu rodzi pytanie o stopień adaptacyjności zjawiska. W tej kwestii widoczny jest podział na zwolenników dwóch poglądów, mianowicie iż optymizm jest: (1) pozytywną i adaptacyjną właściwością człowieka, gdyż koncentracja na pozytywnych aspektach rzeczywistości i oczekiwanie szczęścia zwiększa szanse na doświadczanie pozytywnych stanów; stanowi poza tym podstawowe źródło ludzkiej motywacji (Czapiński, Panek, 2004) lub (2) negatywną i nieadaptacyjną właściwością człowieka, gdyż tylko koncentrowanie się na tym, co złe pozwala ograniczyć lub nie dopuścić do zagrożenia dobrostanu, ponieważ „tylko realistyczna percepcja rzeczywistości oraz skromne oczekiwania wobec przyszłych wydarzeń sprzyjają dobremu funkcjonowaniu u zdrowiu psychicznemu” (Stach, 2006, s. 19). Odpowiedzi na te wątpliwości może dostarczyć przedstawiona poniżej analiza konsekwencji przyjętego przez jednostkę stylu wyjaśniania zdarzeń.

### 3. Konsekwencje przyjętego stylu wyjaśniania

Optymizm i pesymizm często opisuje się z perspektywy cech o przeciwnym znaku jako dwie równoważne jakości czy postawy wobec problemów i przyszłych wydarzeń (Alberoni, 1997). Postawy te to także „dwa różne sposoby odnoszenia się do siebie samego i do innych istot ludzkich” (Alberoni, 1997, s. 13). Uwzględniając podmiotową stronę optymizmu, można więc mówić o cechach charakteryzujących optymistów i pesymistów, które obrazuje Tabela 3. Dane te wskazują jednoznacznie, że „ideałem wydaje się roztropna mieszanka obu tych cech” (Alberoni, 1997, s. 13).

Optymista zatem to człowiek, który stara się przejść przez swoje cierpienie i dążyć do unikania kolejnych. Z tej perspektywy zamiast doświadczać negatywnych emocji, np. podczas choroby, optymista odczuje pozytywne w momencie jej ustania lub nawet niewielkiej poprawy kondycji fizycznej. Interesujące spojrzenie na zagadnienie przynosi rozróżnienie optymistów na **statycznych i ewolucyjnych**. Ci pierwsi obecną sytuację oceniają pozytywnie, nie licząc jednak na zmianę na lepsze w przyszłości, drudzy obecną sytuację oceniają pesymistycznie, jednak antycypują pozytywne zmiany w przyszłości (Siciński, 1972). Periodyzacja ta rodzi jednak nadal nierozstrzygnięte pytanie: czy wyższym poziomem optymizmu cechują się optymiści statyczni czy ewolucyjni. Pesymista natomiast często poprzez koncentrację na swoim cierpieniu nie będzie w stanie dostrzec nawet znaczącej poprawy. Jednak to, czy będziemy mogli określić kogoś optymistą/pesymistą, uwarunkowane jest zawsze „względnością kryteriów oceny tego, co dobre oraz tego, co złe” (Siciński, 1972, s. 80). Oceny te mogą wynikać z usta-

lenia, czyje dobro jest uwzględniane, z kontekstu danej sytuacji oraz przyjęcia określonego systemu wartości. Kryteria uznanych przez jednostkę wartości określają sądy wewnętrznie optymistyczne/pesymistyczne, natomiast kryteria przyjęte przez np. społeczeństwo – opinie zewnętrznie optymistyczne/pesymistyczne (Siciński, 1972).

**Tabela 3.** Cechy charakteryzujące optymistów i pesymistów

Optymista	Pesymista
Większa gotowość do działania	Niska gotowość do działania; trudności powodują paraliż działania
Większa aktywność	Duża pasywność
Nie docenia trudności, narażając się w ten sposób na ryzyko; nie jest jednak ryzykantem i osobą postępującą wbrew oczywistym faktom niskiej szansy na sukces (Stach, 2006)	Nadmierna przezorność, co prowadzi do utraty wielu dobrych okazji
Pozytywna wizja przyszłości, zdolność zmiany sytuacji niekorzystnej w korzystną	Negatywna wizja przyszłości, sytuacja niekorzystna pozostanie niekorzystną
Pozytywna wizja ludzi: dostrzeganie wad innych przy jednoczesnym poszukiwaniu i akcentowaniu pozytywnych cech każdego człowieka	Negatywna wizja ludzi: dostrzeganie w innym człowieku negatywnych cech, egoistycznej motywacji i interesowności
Zaufanie do drugiego człowieka	Brak wiary w drugiego człowieka
Zachowania wyznaczone są aktualnymi potrzebami, przy uszanowaniu istniejących norm	Posiada rytuały regulujące jego życie
Otwarty na nowe rozwiązania	Zamknięty w sobie
Poświęca dużo uwagi innym osobom	Nie słucha ludzi
Łatwiejsze przystosowanie się do zmian życiowych (Juczyński, 2009)	Trudniejsze przystosowanie się do zmian życiowych
Strategie radzenia sobie ze stresem ukierunkowane na problem (Juczyński, 2009)	Skłonność do zaprzeczania, odwracania uwagi i zaprzestawania działań w sytuacjach trudnych (Juczyński, 2009)
Nie do końca trafna ocena rzeczywistości (Seligman, 1997)	Bardziej realistyczne spojrzenie na rzeczywistość (Seligman, 1997)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Alberoni (1997); Juczyński (1999)

#### 4. Poziom optymizmu w świetle badań

Wyniki badań własnych (Stankowska, 2010) na grupie 96 osób pomiędzy 60. a 83. rokiem życia wyraźnie wskazują, że ponad połowa osób w okresie późnej dorosłości przejawia skłonności pesymistyczne (52,1%). W grupie

optymistów znalazło się niecałe 23% respondentów. U pozostałych badanych (25%) optymizm-pesymizm lokuje się na poziomie ich przeciętnego nasilenia.

J. Czapiński i T. Panek (2004) również wykazują, że dorośli Polacy są pesymistami charakteryzującymi się nierealistycznym optymizmem obronnym i wręcz nierealistycznym pesymizmem ekspansywnym. Nie wierzą oni we własne zdolności i sukcesy życiowe oraz nie oczekują na szansę daną od losu. Optymizmem wykazują się jedynie w obszarze etycznej samooceny. Większe prawdopodobieństwo np. dożycia w zdrowiu sędziwego wieku czy zrealizowania większości planów życiowych respondenci przypisują innym niż sobie (kolejno 17,1% i 19,4% szansy przypisywanej sobie).

Badania własne<sup>7</sup> dowodzą, że aż 40% młodzieży podlegającej procesom socjoterapeutycznym wykazuje tendencję do pesymizmu, natomiast jedynie 17,1% można określić mianem optymistów. Tendencję do optymistycznego spostrzegania przejawia o ponad połowę mniejsza liczba dziewcząt przebywających w zamkniętym ośrodku socjalizacyjnym (9,1% ankietowanych) niż dziewcząt podlegających takim oddziaływaniom w świetlicach socjoterapeutycznych (20,8%).

Badania subiektywnego prawdopodobieństwa własnych porażek i sukcesów M. Weinsteina (1980, 1987, za: Czapiński, Panek, 2004) oraz J. Czapińskiego (Czapiński, Panek, 2004) wykazały, że większość respondentów ocenia swój los jako bardziej sprzyjający niż innych osób, uznając tym samym, że ma większą szansę uniknięcia negatywnych wydarzeń. Takie spostrzeżenie własnego życia w literaturze przedmiotu nosi miano **nierealistycznego/defensywnego** optymizmu. Mechanizm ten jest formą obrony przed realizmem, gdyż „realizm mógłby demobilizować człowieka i wpędzać go w depresję” (Czapiński, Panek, 2004). Jest to zgodne ze zjawiskiem obronności percepcyjnej, która zakłada wolniejsze i mniej precyzyjne spostrzeżenie zagrażających dobrostanowi bodźców oraz „selektywność spostrzegania związaną z nieświadomym blokowaniem części kategorii pojęciowych, co utrudnia spostrzeżenie treści nieakceptowanych lub zagrażających” (Nęcka, Orzechowski, Szymura, 2006, s. 642). Odmienny od optymizmu nierealistycznego jest optymizm **funkcjonalny**, związany z wysoką oceną własnych zasobów, a tym samym nadzieją na zadowalające wydarzenia (Stach, 2006).

---

<sup>7</sup> Badania własne przeprowadzone zostały w Poznaniu we wrześniu 2010 roku na próbie 35 osób. Dobór respondentów był doboorem celowym. Materiał empiryczny służący opracowaniu problematyki zebrano obejmując badaniami grupę dziewcząt pomiędzy trzynastym a siedemnastym rokiem życia, przebywających w ośrodku socjalizacyjnym oraz dziewcząt uczestniczących w zajęciach świetlic socjoterapeutycznych. Kryterium doboru grupy był systematyczny udział w zajęciach socjoterapeutycznych. Warunkiem wzięcia udziału w badaniu była zgoda osób badanych na dobrowolne i anonimowe wypełnienie kwestionariusza ankiety LOT-R, autorstwa M. Scheiera i C. Carvera.

**Tabela 4.** Poziom optymizmu-pesymizmu młodzieży podlegającej oddziaływaniom socjoterapeutycznym

Poziom optymizmu – pesymizmu młodzieży podlegającej socjoterapii	Częstość	Procent
Pesymizm	14	40,0
Średnie nasilenie optymizmu – pesymizmu	15	42,9
Optymizm	6	17,1
<b>Ogółem</b>	35	100
Zamknięty ośrodek socjalizacyjny		
Pesymizm	10	41,7
Średnie nasilenie optymizmu - pesymizmu	9	37,5
Optymizm	5	20,8
<b>Ogółem</b>	24	100
Świetlica socjoterapeutyczna		
Pesymizm	4	36,4
Średnie nasilenie optymizmu – pesymizmu	6	54,5
Optymizm	1	9,1
<b>Ogółem</b>	11	100

Uwzględniając fakt, iż optymizm jest bardzo ważnym składnikiem poczucia zadowolenia z własnego życia (Seligman, 1993, za: Stach, 2006) można wysunąć wnioski, że przedstawiona charakterystyka osób zagraża istotnie woli życia rozumianej jako najważniejszy aspekt dobrostanu życiowego. Jednostki, które tracą nadzieję na uniknięcie nieszczęścia, przestają dostrzegać sens własnego istnienia. „Wolę życia osłabia [bowiem] nierealistyczny pesymizm w zakresie unikania zagrożeń i porażek” (Czapiński, Panek, 2004). W sensie istnienia doszukać się można natomiast przesłanek motywujących człowieka do zmian.

## 5. Teoria kształtowania optymizmu według Martina Seligmana

Przed wprowadzeniem do procesu socjoterapii metod kształtowania optymizmu konieczne wydaje się przyjęcie wybranego konstruktu teoretycznego, co prowadzi do zrozumienia i wyjaśnienia zagadnienia oraz pozwala na rzeczowe uporządkowanie podejścia, a to z kolei umożliwia pragmatyczne wykorzystanie danych teoretycznych zagadnienia. Punktem wyjścia niniejszych rozważań stała się więc teoria i definicja optymizmu M. Seligmana (2007), dotycząca konsekwencji dwóch rodzajów myślenia

o przyczynach niepowodzenia – optymistycznego i pesymistycznego. Autor wychodzi z założenia, że w sytuacji porażki człowiek czuje się bezradny i sfrustrowany oraz zmniejsza się bądź całkowicie zanika jego gotowość do podejmowania kolejnych zadań. Od stylu wyjaśniania zależeć będzie, jak szybko po niepomyślnym wydarzeniu człowiek wyzwoli się z poczucia bezradności. Okazuje się bowiem, że osoby z optymistycznym podejściem bardzo szybko radzą sobie z tym stanem i są gotowe do podejmowania kolejnych wyzwań, traktując przeszkody jako chwilowe utrudnienie w zdobyciu pewnego sukcesu. Pesymiści natomiast przez długi okres mają trudności w ponownym podjęciu próby realizacji zadania i są skłonni poddawać się nawet przy najmniejszym niepowodzeniu. Tym samym pesymizm wpływa destrukcyjnie na osiągnięcia szkolne i ogranicza możliwość czerpania radości z życia.

Według M. Seligmana (1997) optymizm to sposób myślenia o tym, co się zdarza i wyjaśniania przyczyn zdarzeń. Ujmuje on optymizm i pesymizm jako ukształtowany w okresie dzieciństwa styl wyjaśniania powodów pomyślnych i niepomyślnych wydarzeń. Nie są one wrodzone i nie wynikają bezpośrednio z kontaktów z otaczającym światem, są natomiast pewną wyuczoną teorią rzeczywistości przekazywaną z pokolenia na pokolenie, przy czym pesymizm pociąga za sobą wysokie koszty<sup>8</sup> (Seligman, 1997). M. Seligman i jego współpracownicy swoją teorię optymizmu ugruntowali w teoriach opisujących wyuczoną bezradność (Seligmann, 1975, za: Stach, 2006). Jak wspomniano, styl wyjaśniania to wedle niego cecha osobowości kształtująca się w dzieciństwie i warunkująca sposób myślenia o przyczynach własnych sukcesów i porażek (Seligmann, 1997). Zatem podstawą optymizmu nie są „pozytywne frazesy ani wyobrażenia zwycięstw, ale sposób myślenie o przyczynach tego, co się nam przydarzyło” (Seligmann, 1997, s. 77). Co więcej, myślenie to charakteryzuje się „ciągłym tworzeniem sobie optymistycznych interpretacji wydarzeń bez potrzeby zmuszania się do tego” (Seligman, 1997, s. 95). Jednostki poszukujące przyczyn wydarzeń mogą odwoływać się do trzech wymiarów (Seligman, 1997).

- 1) Stałość – jest to wymiar odnoszący się do wyjaśnienia, czy przyczyny wydarzenia pomyślnego lub niepomyślnego są (a) stałe, czy też pojawiają się (b) okazjonalnie; uznanie przyczyny niepowodzenia za stałą wiąże się z przeświadczeniem, że jest ona trwała, nigdy nie zniknie i zawsze będzie prowadzić do porażki; uznanie przyczyny niepowodzenia za chwilowe warunkuje szybszy powrót do równowagi; uznanie przyczyny sukcesu za stałą wskazuje na trwałe cechy i zdolności

---

<sup>8</sup> Ponad dwudziestoletnie badania M. Seligmana dowiodły, iż pesymiści częściej ulegają depresji, mają niższe osiągnięcia szkolne i zawodowe oraz gorsze niż optymiści zdrowie fizyczne.

jednostki i prowadzi do dobrego funkcjonowania; uznanie przyczyny sukcesu za okazjonalną prowadzi do szybszego poddawania się, nawet gdy doświadcza się powodzenia.

- 2) Zasięg działania przyczyny – jest to wymiar odnoszący się do odpowiedzi na pytanie o wielkość obszaru działania przyczyny: (a) uniwersalny/globalny – obejmuje całe życie człowieka lub jego duże zakresy lub (b) ograniczony – wyjaśnia jedno konkretne wydarzenie, którego dotyczy przyczyna; ogólne wyjaśnienie przyczyny niepowodzenia skutkuje pesymistycznym podejściem do wszystkich obszarów funkcjonowania, a nie tylko tego, w którym doświadczyło się niepowodzenia; ograniczone wyjaśnienie przyczyny niepowodzenia skutkuje pesymistycznym podejściem jedynie do wybranego obszaru życia, a nie całokształtu w nim funkcjonowania; globalne wyjaśnienie przyczyny sukcesu skutkuje przeświadczeniem, iż przyczyna ta może doświadczyć wydarzeń pomyślnych również w innych obszarach; ograniczone wyjaśnienie przyczyny powodzenia skutkuje uznaniem jej za mającą wpływ tylko na to konkretne doświadczenie.
- 3) Personalizacja – czyli wymiar określający źródło przyczyny wydarzenia, tj. sprawstwo: (a) personalizacja wewnętrzna/internalizacja – dotyczy przyczyn warunkowanych cechami, zasobami i działaniami jednostki lub (b) personalizacja zewnętrzna/eksternalizacja – dotyczy przyczyn leżących poza jednostką, tj. w okolicznościach zewnętrznych lub działaniach innych osób. Wnioskowanie, kto ponosi winę za sukcesy i porażki kształtuje poczucie własnej wartości. Z tej perspektywy ważne jest, by zarówno dzieci, jak i osoby dorosłe nauczyły się brania odpowiedzialności za własne winy oraz nie przyjmowały na siebie win innych ludzi. Wnioskowanie w tych kategoriach jest też dalekie od wmawiania sobie afirmacji podnoszących wartość jednostki, np. „Jestem najlepszy. Nie popełniam błędów”. Wnioskowanie ma zapewnić jednostce umiejętność rzetelnego i precyzyjnego spojrzenia na rzeczywiste problemy.

Takie traktowanie optymizmu implikuje przekonanie, iż każdą jednostkę można nauczyć optymizmu, jeśli stworzy się ku temu odpowiednie warunki. Ponieważ optymizm jest „zjawiskiem powstałym na drodze uczenia się, naśladowania i odwzorowywania sposobów myślenia i wartościowania funkcjonujących w otoczeniu społecznym” (Stach, 2006, s. 62), jest on zależny od wpływów społecznych, takich jak: obserwacja sposobów wyjaśniania zdarzeń przez osoby ważne, poziom krytycyzmu wobec jednostki, sytuacje warunkujące syndrom wyuczonej bezradności. Przyczyny optymizmu tkwią także w dziedzicznych cechach przekazywanych pokoleniowo. M. Seligman (1997) sądzi, że obie hipotezy są prawdopodobne i nie wykluczają się wza-

jemnie. Dodaje przy tym, iż w odniesieniu do optymizmu jako cechy dziedzicznej należy wyraźnie zróżnicować ją od cechy uwarunkowanej genetycznie, gdyż nie znany jest dotąd gen odpowiedzialny za optymizm/pesymizm. Geny bowiem wpływają na pewne cechy fizyczne, które zwiększają lub zmniejszają prawdopodobieństwo zdobycia określonych doświadczeń (Seligman, 1997). Zależność tę jasno ilustruje przykład osoby uzdolnionej muzycznie: uwarunkowany genetycznie dobry słuch zwiększa prawdopodobieństwo pobierania nauk w szkole muzycznej, wskutek czego pojawia się szansa odniesienia sukcesu w tym zakresie.

Styl wyjaśniania przyczyn sukcesów i porażek ponadto predysponuje lub uodparnia jednostkę na syndrom wyuczonej bezradności. Z tej perspektywy optymistą jest człowiek o stylu wyjaśniania czyniącym go odpornym na syndrom wyuczonej bezradności, pesymistą natomiast człowiek o stylu wyjaśniania czyniącym go nieodpornym na syndrom wyuczonej bezradności (Tabela 5).

**Tabela 5.** Styl wyjaśniania przyczyn zdarzeń pomyślnych i niepomyślnych a syndrom wyuczonej bezradności

Styl wyjaśniania	Wyjaśnienia przyczyn wydarzeń niepomyślnych	Wyjaśnienia przyczyn wydarzeń pomyślnych
Uleganie syndromowi wyuczonej bezradności STYL PESYMI-STYCZNY	personalizacja wewnętrzna, charakter stały, globalny zasięg	personalizacja zewnętrzna, charakter chwilowy, ograniczony zasięg
Nieuleganie syndromowi wyuczonej bezradności STYL OPTYMISTYCZNY	personalizacja zewnętrzna, charakter chwilowy, ograniczony zasięg	personalizacja wewnętrzna, charakter stały, globalny zasięg

Źródło: opracowanie własne na podstawie Stach (2006)

Sposoby przypisywania przyczyny zdarzeń wyjaśniane są również teoriami atrybucji<sup>9</sup>, np. teorią F. Heidera (Försterling, 2005; Domachowski, Miluska, 1984). Mówią one, że człowiek poszukuje wytłumaczenia przyczyn wydarzeń i zachowań wśród czynników osobowościowych lub w otoczeniu. Przy czym jednostka na ogół charakteryzuje się tendencją do poszukiwania powodów w otoczeniu, a dopiero jeśli nie znajdzie tam wystarczającego wyjaśnienia, zaczyna poszukiwać go wśród czynników osobowościowych drugiego człowieka. Związane jest to między innymi z potrzebą poczucia kontroli.

<sup>9</sup> Pojęcie atrybucji oznacza dosłownie przypisywanie czegoś komuś lub czemuś (Domachowski, Miluska, 1984).

## 6. Sposoby kształtowania optymizmu

W procesie socjoterapeutycznym, zamiast skupiać się wyłącznie na zmianie dysfunkcyjnego zachowania, należy oddziaływać na nieadaptacyjne przekonania i sądy poznawcze oraz towarzyszące im emocje, tkwiące u ich źródeł. Oddziaływania te opierają się na założeniu, że zmiana myślenia skutkuje zmianą zachowania. W tym celu należy wyposażyć młodzież w konkretne umiejętności:

- 1) Rozpoznawanie/wychwytywanie/ujawnianie automatycznych myśli – myśli automatyczne oznaczają spontaniczne myśli pojawiające się w danej sytuacji (a nie ich interpretację) i wywołujące zmianę nastroju (emocje nieproduktywne, np. złość, niepewność lub emocje produktywne, np. nadzieja);
- 2) Rozpoznawanie, nazywanie i ocena nasilenia emocji – zdolność odróżniania myśli od emocji oraz zdolność do opisu jej specyfiki;
- 3) Ocena myśli automatycznych – weryfikowanie prawdziwości myśli, jej przydatności i poziomu wywołanego nią cierpienia, np. poprzez poszukiwania dowodów potwierdzających jej prawdziwość oraz argumentów przemawiających za i przeciw jej wiarygodności, alternatywnych wyjaśnień, najlepszej i najgorszej dla jednostki implikacji, rezultatów zmiany myślenia;
- 4) Tworzenie rzeczywistych wyjaśnień – modyfikowanie dysfunkcyjnych automatycznych myśli (A.M.) i przekonań kluczowych (P.K.), będących ich źródłem: A.M. – „Znowu zawiodłam ojca”, P.K. – „Nie da się mnie kochać”;
- 5) Dekatastrofizacja – realna ocena prawdopodobnych konsekwencji zdarzenia; zamiana błędnych przekonań dotyczących konsekwencji danego zdarzenia („Mama na pewno odda mnie do ośrodka”) na produktywne („Mama na początku pewnie będzie zła, ale w końcu mi wybaczy”) (Beck, 2005; Leahy, 2008; Seligman, 2007, 1997).

Sposobem na realizację tego celu jest opracowany przez A. Ellisa model TPS: TRUDNOŚĆ – PRZEKONANIE – SKUTEK. Trudność to sytuacja, która się zdarzyła, przekonanie jest interpretacją tej trudności, skutek natomiast to uczucia i reakcje na tę trudność. Przed przystąpieniem do wprowadzania zmian w myśleniu nastolatka należy rozpoznać jego indywidualne trudności, których zrozumienie jest podstawą umożliwiającą dokonywanie zmian błędnych przekonań i postaw, a w konsekwencji także zachowań (Geldard, Geldard, 2005).

Kształtowanie optymistycznego stylu wyjaśniania zdarzeń według modelu TPS może przybrać zaprezentowany poniżej schemat.

1. Umożliwienie zrozumienia przez nastolatka związku między trudnościami, przekonaniem i skutkami, za pomocą wyjaśnienia i wprowadzenia ćwiczeń rysunkowych lub słownych, tj. przedstawienie sytuacji trudnej i poproszenie o opisanie jej w kategoriach: T – fakty składające się na sytuację, P – pojawiające się w tym momencie myśli, S – nazwanie odczuwanych emocji.

2. Nauka oddzielenia myśli: „Rodzic znowu zapomniał o moich potrzebach” od emocji: „Czuję złość i smutek”.

3. Pomoc w uświadomieniu sobie pesymistycznych przekonań: „Rodzicom w ogóle nie można ufać”.

4. Nauczenie nastolatka technik zakwestionowania:

a) poprzez myślenie o czymś innym – (1) koncentracja na jakimś przedmiocie czy innej sytuacji, co sprzyja przemieszczeniu uwagi, (2) zapisanie pojawiającej się automatycznej myśli i (3) ustalenie momentu pomyślenia ponownie o problemie, np. „Pomyślę o tym znowu jutro o 17.30”, co skutecznie niweluje ruminację;

b) poprzez odwrócenie uwagi, czyli zakwestionowanie w rozmowie z samym sobą – zmiana przekonania „Dostałam fatalne oceny na półroczu. Jestem beznadziejna” na „Chyba wyolbrzymiam swoje wady. To, że nie otrzymałam samych piątek nie znaczy przecież, że jestem najgorsza. Być może nie udało mi się uzyskać takich ocen, jak chciałam, ponieważ codziennie po szkole opiekuję się młodszym rodzeństwem”.

5. Pomoc w uzyskaniu umiejętności trafnej oceny odpowiedzialności za zdarzenie, tj. personalizacji czyli oceny, kto jest sprawcą/winnym niepomyślnych wydarzeń: (1) personalizacja wewnętrzna, tj. samoobwinianie, a w tym poszukiwanie przyczyn w swoim charakterze albo w swoim zachowaniu, (2) personalizacja zewnętrzna, tj. obwinianie innych osób; sprawność ta jest konieczna do odkrycia indywidualnego stylu obwiniania, konsekwencji przyjęcia takiego stylu oraz zasadności i adekwatności przyjętego stylu; należy wyjaśnić, że ani jeden, ani drugi styl nie jest całkowicie poprawny lub całkowicie błędny, lecz zależny od konkretnej sytuacji i rzeczywistej odpowiedzialności.

6. Uświadomienie nastolatkowi, że przekonanie nie jest faktem, co umożliwi dystansowanie się poprzez sprawdzanie poprawności przekonania: (1) poszukiwanie dowodu: „Na jakich dowodach opiera się przekonanie?”, (2) wytwarzanie/odkrywanie alternatywnych przekonań o innych możliwych powodach zdarzenia: (2a) zmiennych „Nie miałam czasu na naukę”, (2b) lokalnych „Sprawdzian był naprawdę trudny” i (2c) zewnętrznych „Nauczyciel nie dał mi szansy”, (3) implikacje przekonania, które okazało się prawdziwe: „Średnia 4,0 a nie 5,0 nie jest dowodem na niski poziom inteligencji”.

7. Aktywizacja: „Nadal byłam zła, że nie mam średniej 5,0, ale już nie tak bardzo jak wcześniej”.

8. Zachęcanie do uzewnętrznienia głosów, tzn. włożenie samooskarżeń w usta lalki, misia, siostry itp.; metoda ta pozwala na naukę obrony przed zarzutami, które nastolatek sam sobie stawia.

9. Pomoc w uzyskaniu umiejętności planowania działań: „W następnej klasie będę uczyć się systematycznie, dzięki czemu będę utrzymywać zdobywaną wiedzę” (Beck, 2005; Leahy, 2008; Seligman, 2007, 1997).

**Tabela 6.** Techniki zmiany treści nieadaptacyjnych na korygujące w socjoterapii

Obszar oddziaływań socjoterapeutycznych	Treści warunkujące pesymizm	Treści korygujące pesymizm	Przykładowe techniki prowadzące do zmiany
Relacje ja – ja	Jestem beznadziejny. Do niczego się nie nadaję.	Jestem wartościowy. Nie potrafię szybko biegać, ale za to jestem opiekuńczy.	dialog sokratejski, analizowanie wad i zalet, bajki i metafory, skalowanie, karteczki ze wskazówkami, powrót do wspomnień, eksperymenty behawioralne, konstruowanie alternatywnych odpowiedzi, stopniowanie ekspozycji, podzieleny tort, odgrywanie ról, lista zasług, relaksacja i wizualizacja, Sherlock Holmes, tworzenie fałszywych dychotomii, odgadywanie myśli, bilans zysków i strat, list do źródła, jak radzą sobie inni, wehikuł czasu, negowanie problemów
Relacje ja – rówieśnik	Koledzy mnie ignorują. Jestem gorszy. Tylko wrogością wyrobię sobie szacunek u innych	Można mnie lubić. Swoją siłę mogę wykorzystać do obrony słabszych. Zdobędę sympatię, kiedy pokaże, jaki jestem naprawdę.	
Relacje ja – dorosły	Moja matka/ojciec mnie nie kocha. Nauczyciele nie liczą się z moimi potrzebami. Osoba dorosła zawsze zawodzi.	Jestem dla niektórych dorosłych osobą bardzo ważną. Nauczyciele martwią się o moją edukację. Są dorośli, którym mogę zaufać.	
Relacje ja – moje zadanie	Nigdy nic mi nie wyjdzie. Szkoda czasu na naukę, bo i tak dostanę złą ocenę.	Jestem świetny z matematyki. Potrafię zrealizować cel, jeśli się tylko przyłożę.	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Strzemieczny (1988), Seligman (1997), Beck (2005), Leahy (2008)

Wszystkim oddziaływaniom towarzyszącym socjoterapii i zmierzającym do rozwoju optymizmu powinny towarzyszyć właściwe formuły uwag krytycznych oraz rozwijanie zaradności. Formujący się na podstawie **krytycznych uwag kierowanych do nastolatków w sytuacjach niepowodzenia** styl wyjaśniania zdarzeń niepomyślnych może prowadzić do ukształtowania się

trwałych tendencji do spostrzegania przyczyny porażki w czynnikach o charakterze chwilowym i ograniczonym zasięgu lub o charakterze trwałym i uniwersalnym zasięgu. W pierwszym wypadku dziecko spostrzega problem jako przejściowy, możliwy do rozwiązania („Nie poświęciłeś wystarczająco dużo czasu na naukę”, „Rozmawiałeś z kolegą, gdy to tłumaczyłem”), w drugim natomiast, jako konsekwencje własnych niewielkich zdolności („Nie skupiasz się wystarczająco”, „Nie jesteś dobra w zadaniach z fizyki”). Komunikaty te tym samym kształtują obraz własnej osoby jako kompetentnej i traktującej przeszkodę jako wyzwanie lub jako nieporadnej (Seligman, 2007). **Zaradność** natomiast jest konsekwencją poczucia bezpieczeństwa, które pozwala dorastającemu człowiekowi na eksplorację świata zgodnie z założeniem, że im więcej odkryć, tym większe poczucie kontroli i w konsekwencji większa zaradność. Kompetencja ta rozwija się poprzez wytwarzanie u nastolatka poczucia pozytywnego stosunku do niego, z uwzględnieniem bezwarunkowej miłości/szacunku/bliskości oraz odnośnienia się do niego stosownie od sytuacji. W praktyce oznacza to przede wszystkim dostosowanie pochwał/nagród do charakteru osiągnięcia (nie-wielkie osiągnięcie = skromna pochwała, duże osiągnięcie = wyraz dużego podziwu) oraz wyjaśnianie, jakie sygnały zwiastują karę.

## Zakończenie

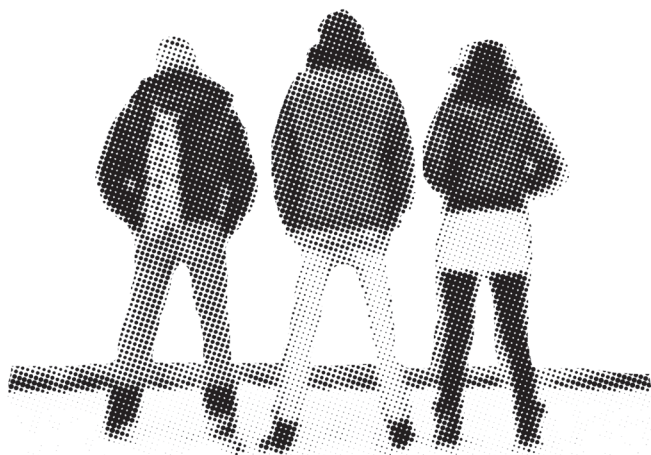
Ze względu na fakt, że optymizm zależny jest od wpływów społecznych, takich jak: obserwacja sposobów wyjaśniania zdarzeń przez osoby ważne, poziom krytycyzmu wobec jednostki czy sytuacje warunkujące syndrom wyuczonej bezradności, szczególnego znaczenia nabiera tu rola rodziny, szkoły i mass mediów, które mogą promować optymistyczne nastawienie wobec własnego życia już u osób najmłodszych.

Oczywiście działania promocyjne i profilaktyczne nie są w stanie ukształtować u wszystkich ich odbiorców optymistycznego stylu wyjaśniania, ale z całą pewnością mogą istotnie podnieść jakość życia młodzieży borykającej się z codziennymi trudnościami. Przy jednoczesnym uświadomieniu aktualnej charakterystyki funkcjonowania młodego człowieka bardziej klarowne staje się sprecyzowanie zakresu działalności profilaktyczno-interwencyjnej, a znajomość jego codziennych problemów i determinantów oceny własnego życia umożliwi ustalenie tych czynników, którym w procesie kształtowania optymizmu należy poświęcić najwięcej uwagi. Efekty tych rozważań mogą stać się także źródłem sugestii i postulatów w wymiarze szeroko rozumianej poprawy jakości życia dorastającego człowieka.

## LITERATURA

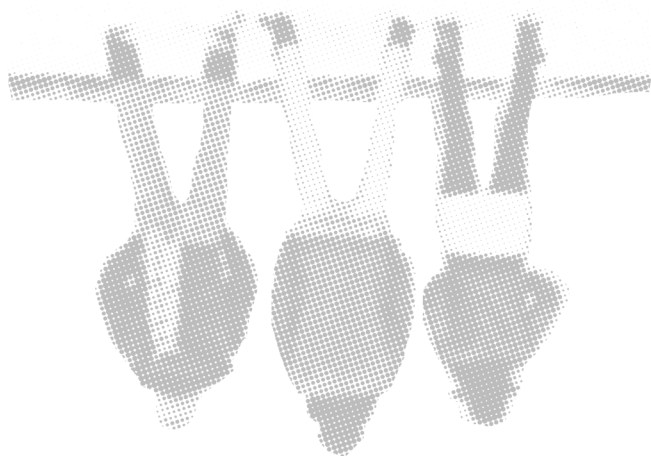
- ALBERONI, F. (1997). *Optymizm*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- ARONSON, E., WILSON, T., AKERT, R. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka.
- BECK, J. (2005). *Terapia poznawcza*. Kraków: WUJ.
- CZABAŁA, CZ. (1997). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- CZAPIŃSKI, J. (1994). *Psychologia szczęścia*. Warszawa: PTP.
- CZAPIŃSKI, J. (1994). *Psychologia szczęścia: przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: PTP.
- CZAPIŃSKI, J., PANEK, T. (2004). *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania.
- CZAPIŃSKI, J., PANEK, T. (red.) (2005). *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego. [www.diagnoza.com.pl](http://www.diagnoza.com.pl) [dostęp: 09.10.2012].
- CZERW, A. (2010). *Optymizm. Perspektywa psychologiczna*. Gdańsk: GWP.
- DOMACHOWSKI, W., MILUSKA, J. (1984). *Teoria atrybucji*. W: W. Domachowski, S. Kowalik, J. Miluska (red.). *Z zagadnień psychologii społecznej*. Warszawa: PWN.
- ERIKSON, E. (2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Rebis.
- GELDARD, K., GELDARD, D. (2005). *Jak pracować z dziećciami grupami terapeutycznymi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- GRZEŚIUK, L. (1994). *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: PWN.
- GRZEŚIUK, L. (2007). *Psychoterapia*. W: J. Strelau (red.). *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Tom III. Gdańsk: GWP.
- HESZEN, I., SĘK, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- JUCZYŃSKI, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: PTP.
- LEAHY, R. (2008). *Techniki terapii poznawczej*. Kraków: WUJ.
- MĄDRZYCKI, T. (2002). *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*. Gdańsk: GWP.
- OSTER, G., GOULD, P. (2007). *Rysunek w psychoterapii*. Gdańsk: GWP.
- REYKOWSKI, J. (1970). *Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie*. „Kwartalnik pedagogiczny”, 3, s. 45-57.
- SAWICKA, K. (1999). *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*. W: K. Sawicka (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, s. 9-29.
- SELIGMAN, M. (1997). *Optymistyczne dziecko*. Poznań: Media Rodzina.
- SELIGMAN, M. (2007). *Optymizmu można się nauczyć*. Poznań: Media Rodzina.
- SICIŃSKI, A. (1972). *Optymizm – pesymizm – próba precyzji pojęć i jej konsekwencje badawcze*. „Studia socjologiczne”, 4.
- STANKOWSKA, I. (2010). *Poziom optymizmu a satysfakcja w wybranych aspektach jakości życia osób w okresie późnej dorosłości*. Poznań: UAM, Instytut Psychologii [niepublikowana praca magisterska pod kierunkiem prof. B. Harwas-Napierała]
- STRZEMIECZNY, J. (1988). *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci w wieku szkolnym*. W: J. Strzemieczny (red.). *Zajęcia socjoterapeutyczne*. Warszawa: PTP.
- TATARKIEWICZ, W. (1990). *O szczęściu*. Warszawa: PWN.
- URBAN, B. (2000). *Zaburzenia w zachowaniu i przestępczość młodzieży*. Kraków: WUJ.
- WELLS, A. (2010). *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych*. Kraków: WUJ.
- ZAJĄCZKOWSKI, K. (1997). *Profilaktyka zachowań dewiacyjnych dzieci i młodzieży*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.





# SOCJOTERAPIA

## praktyka







## Zastosowanie socjoterapii do pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną

Życie każdego człowieka przebiega w sposób z jednej strony niepowtarzalny, z drugiej przewidywalny. Niepowtarzalny, ponieważ wytyczony poprzez indywidualne cechy osobowości, które są wypadkową jego możliwości, preferencji i doświadczeń. Przewidywalny sposób funkcjonowania człowieka wiąże się z jego procesem socjalizacji, czyli wdrażaniem go w obowiązujące w danym systemie społecznym normy i zasady. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną z racji swoich ograniczeń rozwojowych mają problemy z pełną socjalizacją. Zakres tych problemów wynika oczywiście ze stopnia niepełnosprawności, jak i jej etiologii, ale zawsze warunkuje potrzebę pomocy w podnoszeniu ich kompetencji społecznych. Kompetencje te możemy podnosić właśnie w drodze socjoterapii.

Wielu autorów różnie interpretuje pojęcie socjoterapii, kładąc nacisk na inne jego elementy. W *Słowniku psychologicznym* odnajdujemy następującą definicję: „Socjoterapia to organizowanie środowiska społecznego pacjenta w tym kierunku, by w możliwie dużym stopniu sprzyjało wyzdrowieniu i utrzymaniu zdrowia psychicznego. Socjoterapia akcentuje znaczenie kontaktów chorego z osobami z jego otoczenia społecznego – inni chorzy, personel medyczny, najbliżsi – dla procesu leczenia” (Szewczuk 1985, s. 274). Przeglądając *Słownik pedagogiczny*, natrafimy na następujące wyjaśnienie terminu: „socjoterapia jest jednym ze sposobów łagodzenia i eliminowania negatywnych norm obyczajów w zachowaniach społecznych bądź społecznie niepożądanych” (Okoń, 1984, s. 278).

Polskie Towarzystwo Psychologiczne wypracowało współczesne podejście do socjoterapii. Zawarte zostało ono w pracy J. Strzemiecznego i uwzględnia prawie wszystkie elementy wymienione w powyższych definicjach. Według niego „socjoterapia polega na celowym stwarzaniu pacjentowi warunków, tj. doświadczeń społecznych, umożliwiających zajście pro-

cesu socjoterapeutycznego (zmianę sądów o rzeczywistości, sposobów zachowań i odreagowanie emocjonalne) (...) Socjoterapię określa cel zajęć. Jeśli głównym celem pracy z pacjentami jest stwarzanie im doświadczeń korygujących zaburzenia” (Strzemieczny, 1993, s. 45). Natomiast Z. Sobolewska kładzie nacisk na grupową formę zajęć z dziećmi lub młodzieżą. Zajęcia te ukierunkowane są na realizację celów terapeutycznych, edukacyjnych i rozwojowych. W konsekwencji w pojęciu socjoterapii zawiera się realizacja celów terapeutycznych, edukacyjnych i rozwojowych w toku planowanych spotkań grupowych (Sawicka, 1998, s. 10). Analizując powyższe definicje, nie znajdujemy wielu rozbieżności, można więc podsumować, że istotą socjoterapii jest pomoc osobom cierpiącym lub poszukującym własnej drogi rozwoju społecznego, osobistego lub zawodowego; wyróżniamy zatem jej cele terapeutyczne, edukacyjne i rozwojowe.

Cele terapeutyczne będą pochodną założenia, że trudne zachowania dzieci i młodzieży mają swoje tło psychiczne. Są one wynikiem wcześniej przeżytych lub aktualnych trudnych stanów emocjonalnych czy deprivacji potrzeb. Mogą być również spowodowane brakiem satysfakcji z kontaktów z innymi osobami, dorosłymi czy rówieśnikami, nieumiejętnością wywiązywania się z obowiązków i oczekiwań wykraczających poza możliwości dziecka. Tym przykrym doświadczeniem towarzyszą emocje, takie jak: poczucie winy, lęk, gniew, niepokój, złość, osamotnienie, które zagrażają rozwojowi tożsamości dziecka. Wpływają na budowanie poczucia własnej wartości, a za tym idzie poczucia bezpieczeństwa i własnej godności. Dziecko uruchamia wówczas mechanizmy obronne, boi się następnych porażek, więc albo się izoluje, nie nawiązując kontaktów społecznych, broniąc się przed własnymi emocjami, albo szuka potwierdzenia swojego poczucia wartości, często uciekając się do zachowań nieakceptowanych społecznie lub nawet szkodliwych dla niego samego. Przeżywane sytuacje trudne powodują uogólnienie tego doświadczenia w postaci negatywnych sądów na temat innych osób, sytuacji i samego siebie. To natomiast ujawnia się w zaburzonych relacjach pomiędzy:

- dzieckiem a dorosłymi,
- dzieckiem a rówieśnikami,
- dzieckiem a wykonywanym zadaniem,
- dzieckiem a samym sobą.

Zaburzenia zachowania charakteryzują się: nieadekwatnością, sztywnością reakcji, szkodliwością dla podmiotu i otoczenia oraz negatywnymi emocjami (Sawicka, 1998; Pileccy, 1996).

W związku z powyższym podstawowym zadaniem socjoterapii będzie odreagowanie napięcia emocjonalnego. Nie ma to być ponowne przeżycie trudnej sytuacji, ale poprzez różne formy zajęć grupowych odblokowanie

i rozładowanie nagromadzonego napięcia w atmosferze wzajemnej akceptacji i zrozumienia, z jednoczesnym przeżywaniem pozytywnych emocji. Dopiero po rozładowaniu emocji wprowadzamy działania korekcyjne. Organizowanie doświadczeń korekcyjnych ma na celu gromadzenie nowych, pozytywnych doświadczeń, które pozwolą dziecku przebudować obraz samego siebie. Dziecko znajduje się w innej sytuacji, spotyka się z odmienną od dotychczasowej reakcją na siebie i swoje zachowanie, przez co może odkryć swoje mocne i słabe strony, wypróbować nowych sposobów zachowania, co pozwoli mu w przyszłości zbudować bardziej adekwatny obraz swojego „Ja”.

Podsumowując terapeutyczny charakter socjoterapii, polega ona „na organizowaniu takich sytuacji społecznych podczas grupowych spotkań, które:

- dostarczą młodym uczestnikom zajęć doświadczeń korekcyjnych przeciwstawnych doznanyh urazom oraz doświadczeń kompensujących doświadczenia deprawacyjne, hamujące rozwój emocjonalny i społeczny;
- sprzyjać będą odreagowaniu napięć emocjonalnych;
- posłużą aktywnemu uczeniu się nowych umiejętności psychologicznych” (Sawicka, 1998, s. 18).

Działania te będą miały na celu: korektę sądów o rzeczywistości i sobie, korektę postawy wobec siebie, ludzi i świata, kompensowanie „pustki emocjonalnej” – odtrącenia przez rodziców i braku oparcia w nich, kompensowanie braku satysfakcjonujących kontaktów z ludźmi, stwarzanie warunków do „zapominania” doświadczeń stresowych.

Istotą celów edukacyjnych socjoterapii jest poznanie przez dzieci i młodzież różnorodnych zagadnień, pozwalających im lepiej funkcjonować społecznie. Celami takimi mogą być:

- uczenie się rozpoznawania emocji,
- poznawanie mechanizmów uzależnień,
- poznawanie zasad dobrej komunikacji,
- uczenie się wybranych technik pracy umysłowej,
- uczenie się pełnienia określonych ról społecznych.

Charakterystyczne dla celów edukacyjnych w socjoterapii jest to, że dziecko poznaje wiedzę o funkcjonowaniu człowieka – samego siebie („samowiedzę”) i innych. Dziecko znające siebie, mechanizmy nim rządzące i innymi ludźmi w lepszy sposób rozumie otaczający go świat, wskutek czego częściej świadomie podejmuje decyzje, które są obiektywnie dla niego dobre. Doświadcza sukcesów, co powoduje zmiany w jego zachowaniu na tyle pozytywne, że chronią go przed kolejnymi urazami psychicznymi.

Cele rozwojowe są bezpośrednio związane z wiekiem uczestników zajęć. Wynika to oczywiście z odmienności dominujących potrzeb w określonej fazie życia, które mają istotne w niej znaczenie rozwojowe. I tak u dzieci

w wieku przedszkolnym będzie to głównie potrzeba aktywności ruchowej, zabawy, wsparcia ze strony dorosłych, poczucia bezpieczeństwa. W okresie wczesnoszkolnym dominuje potrzeba zdobywania wiedzy, twórczości, kontaktu z rówieśnikami, zaś u młodzieży potrzeba aprobaty społecznej, niezależności i przynależności do grupy, autonomii itd. Programy socjoterapeutyczne powinny być konstruowane w zależności od wieku, potrzeb oraz zainteresowań osób w nich uczestniczących wokół tematów: rodziny, przyjaźni, miłości, czasu wolnego, własnych aspiracji itp. Zajęcia te mają na celu stworzenie takich sytuacji, które pomogą dzieciom uświadomić sobie zarówno własne możliwości, jak i ograniczenia (Sawicka, 1998; Pileccy, 1996).

Osiąganie powyższych celów jest realizowane w ściśle określony sposób, tj. poprzez ustrukturalizowane zajęcia grupowe, składające się z odpowiednio dobranych metod i form pracy. Cykl spotkań tworzy dynamiczną całość podporządkowaną głównemu celowi zajęć, przechodzący przez etapy pracy z grupą. Pierwszym etapem jest tworzenie grupy, mające na celu zapoznanie się uczestników, wspólne określenie celów, norm i reguł, budowanie poczucia bezpieczeństwa i wzajemnego zaufania. Zadaniem tego etapu jest słuchanie grupy oraz wprowadzenie kilku podstawowych norm i zasad dających poczucie bezpieczeństwa, co ułatwia obniżanie napięcia u uczestników zajęć oraz realizację założonych celów. Do określonych standardów zachowań w grupie należą:

- dbałość o bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne członków grupy w formie normy „staramy się być dla siebie życzliwi – nie wyśmiewamy się i nie krytykujemy”,
- zapewnienie, iż każda osoba ma prawo być wysłuchana,
- to, co dzieje się tutaj, pozostaje między nami,
- spotykamy się regularnie i przychodzimy na zajęcia punktualnie,
- zwracamy się do siebie bezpośrednio,
- zajmujemy się tym, co dzieje się tu i teraz, a nie przedtem,
- mówimy o swoich odczuciach, nie opiniach (Sawicka, 1998, s. 20).

Wypracowanie zasad pracy grupy i konsekwentna dbałość o ich przestrzeganie stanowi czytelną informację, czego oczekuje się od uczestników zajęć, co kształtuje grupę, umożliwiając prowadzenie zajęć, a co za tym idzie realizację założonych celów.

Drugi etap, właściwy, polega na realizacji konkretnie zaplanowanych dla danej grupy celów terapeutycznych, edukacyjnych czy rozwojowych, stanowiących istotę programu socjoterapeutycznego. Jest to okres, w którym dzieci osiągnęły już odpowiedni poziom bezpieczeństwa, wzajemnego zaufania i dlatego mogą zostać „przepracowane” wcześniej rozpoznane urazy. Praca grupy skupia się na urazach, ale i na potrzebach danej grupy oraz na ważnych dla niej sprawach.

Trzeci etap dąży do zakończenia funkcjonowania danej grupy w taki sposób, aby dzieci odkryły satysfakcję ze wspólnej pracy, ale również by potrafiły sobie poradzić z poczuciem straty. Uczestnicy cyklu zajęć na koniec powinni otrzymać podsumowanie nabytych umiejętności ze wskazaniem możliwości wykorzystania ich w życiu codziennym. Uczestnicy wzajemnie wymieniają się informacjami zwrotnymi lub drobnymi upominkami, które będą pamiątką po wspólnej pracy.

Każde spotkanie socjoterapeutyczne oprócz etapów, przez które przechodzi grupa, ma swoją ściśle określoną strukturę. Zajęcia rozpoczynają się rytualnym powitaniem i podzieleniem się informacjami na temat wydarzeń, jakie miały miejsce przed zajęciami. Jest to bardzo istotna część zajęć, ponieważ pozwala uczestnikom wyładować emocje, z którymi przychodzą na spotkanie i skupić się na celach pracy danej grupy. W zależności od nastroju grupy zostają przeprowadzone ćwiczenia wyciszające lub energetyzujące, by optymalnie przygotować grupę do właściwej pracy. Istotą tej części jest przeprowadzenie gier, ćwiczeń psychokorekcyjnych, edukacyjnych lub rozwojowych, z pomocą których uczestnicy zdobędą wiedzę lub nowe doświadczenia emocjonalne. Każde ćwiczenie jest omawiane, podsumowywane, by skłaniało do nazywania swoich odczuć, spostrzeżeń, zauważania związków między sytuacjami z zajęć grupowych a codziennym życiem. Zajęcia kończą się wyrażeniem krótkiej podsumowującej opinii i rytualnym pożegnaniem. Stała struktura zajęć jest bardzo istotna w zajęciach socjoterapeutycznych, zwłaszcza z perspektywy osób niepełnosprawnych intelektualnie (Sawicka, 1998; Pileccy, 1996; Corey, Corey, 2002).

Zastosowanie socjoterapii w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną wpisuje się w podstawowe założenia rehabilitacji tych osób. Głównym jej celem jest mianowicie jak najpełniejsze przygotowanie do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, a więc kształtowanie gotowości do podjęcia różnych ról społecznych, tak rodzinnych (w celu osiągnięcia niezależności osobistej), jak i zawodowych (czyli podjęcia pracy i uzyskania ekonomicznej samodzielności). Niestety, u wielu osób z niepełnosprawnością intelektualną możliwość podjęcia takich ról społecznych jest bardzo ograniczona i sprowadza się do kształtowania gotowości do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, co oznacza optymalny rozwój umiejętności społecznych, pozwalający na wykonywanie zadań o charakterze społecznym, zgodnym z indywidualnymi możliwościami poszczególnych osób. Nieprawidłowości w funkcjonowaniu społecznym osób z niepełnosprawnością intelektualną próbuje się wyjaśnić poniższymi założeniami (za: Pileccy, 1996, s. 197).

1. Pierwsze z nich zakłada, iż osoby z niepełnosprawnością intelektualną, z powodu ograniczonych możliwości rozwojowych, charakteryzują się

niewielką wiedzą społeczną i słabo ukształtowanymi umiejętnościami społecznymi, poprzez co wymagają ciągłego wspierania i rozwijania swoich możliwości społecznych.

2. Po drugie uważa się, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną posiadają odpowiednie kompetencje społeczne, lecz odczuwają lęk przed interakcją społeczną, przez co nie okazują swoich potencjalnych umiejętności. Rozwiązaniem tej sytuacji mogą być treningi mające na celu obniżenie napięcia lękowego i kształtujące stabilność emocjonalną.

3. Trzecie założenie opisuje osoby z niepełnosprawnością intelektualną jako jednostki o niskim poczuciu własnej wartości. Brak pozytywnego obrazu samego siebie, własnej godności, nie pozwala na wchodzenie w życie społeczne i dlatego konieczne wydaje się wspieranie kształtowania ich pozytywnej samooceny.

Wszystkie te obszary wsparcia mieszczą się natomiast w założeniach działań socjoterapeutycznych.

Przedstawione wyżej założenia są dość ogólne, na ich zasięg ma z pewnością wpływ zarówno stopień niepełnosprawności, jak i jego etiologia. Trzeba pamiętać, że rozwój emocjonalno-społeczny osób z niepełnosprawnością intelektualną jest determinowany tak czynnikami endogennymi, jak i egzogennymi. Do czynników endogennych możemy zaliczyć: poziom rozwoju dziecka, stan zdrowia, czynniki osobowościowe, na przykład temperament itd. Do czynników egzogennych będziemy zaliczać głównie środowisko rodzinne i wcześniejsze doświadczenia dziecka. W odniesieniu do małego dziecka wcześniejsze doświadczenia społeczne wiążą się tak naprawdę głównie z domem rodzinnym. W wypadku niepełnosprawności intelektualnej szczególnie bierzemy pod uwagę rodziny wieloproblemowe, które pogłębiają trudności rozwojowe swoich dzieci. Środowisko rodzinne jest szczególnie istotne, gdy stopień niepełnosprawności jest niższy. W wypadku głębszej czy głębokiej niepełnosprawności intelektualnej determinujący wpływ na zaburzenia rozwojowe mają czynniki genetyczne lub somatyczne, nie zaś społeczne.

Stopień niepełnosprawności tak naprawdę określa zasób potencjalnych możliwości danej osoby niepełnosprawnej i tym samym wyznacza obszar do pracy socjoterapeutycznej. Osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną mogą w najszerszym zakresie skorzystać z oferty zajęć socjoterapeutycznych, co wynika z ich możliwości i etiologii. Jest to bowiem grupa, gdzie dominującym czynnikiem etiologicznym jest czynnik społeczny – głównie rodziny wieloproblemowe. U tych dzieci problemy emocjonalno-społeczne są dominujące i przeważnie wynikają z negatywnych wzorców środowiska rodzinnego. Uważa się, że gdyby były one wychowywane w rodzinach wydolnych wychowawczo, funkcjonowałyby na poziomie normy lub jej pogra-

nicza. Stąd pojawiające się u dzieci trudności poznawcze są przeważnie wynikiem zaniedbań: braku stymulacji czy wczesnej profilaktyki. Natomiast trudności społeczno-emocjonalne są uwarunkowane negatywnymi wzorcami rodziców i ich otoczenia, brakiem reguł zgodnych z oczekiwaniami społecznymi. Często są to rodzice, którzy sami nie zachowują norm społecznych, występują przeciw prawu, nadużywają alkoholu, nie podejmują legalnej pracy (Kościelak, 1989; Kościelska, 1995; Obuchowska, 2003; Twardowski 2003; Wyczasany 2001).

Dzieci z takich rodzin w trakcie zajęć socjoterapeutycznych realizują zarówno cele terapeutyczne, edukacyjne, jak i rozwojowe. Głównym zadaniem socjoterapii jest dostarczenie doświadczeń korekcyjnych przeciwstawnych doznanyemu urazom i sprzyjające odreagowanie nagromadzonych napięć, czyli cel terapeutyczny. Dzieciom z lekką niepełnosprawnością intelektualną, determinowaną czynnikiem społecznym, należy przede wszystkim dostarczyć innych wzorców, odmiennych od tych, które znają. Te nowe doświadczenia mają pokazać im inny sposób funkcjonowania społecznego, skorygować wcześniej postrzegane role społeczne, pomóc w odreagowaniu napięcia emocjonalnego, często wynikającego z lęku przed przemocą. Ma to na celu późniejsze przejście do działań edukacyjnych i uczenia rozpoznawania własnych emocji, radzenia sobie z nimi zgodnie z oczekiwaniami społecznymi, rozwijanie słownictwa, które wraz z odpowiednią postawą w większym stopniu pozwoli nawiązywać pozytywne relacje społeczne. Nabywaniu nowych umiejętności społecznych powinno towarzyszyć doświadczanie sukcesu, które umożliwi budowanie poczucia własnej wartości. To ono daje siłę do przenoszenia nowo nabytych umiejętności w środowisko życia.

Po realizacji celów edukacyjnych dochodzimy do celów rozwojowych, mających pomóc uczestnikom zajęć uświadomić sobie swoje możliwości i ograniczenia, opracować strategie jak najbardziej korzystnego dla ich rozwoju oraz funkcjonowania w różnych sytuacjach społecznych. Jednak praca z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną, pochodzącymi z trudnych środowisk, nie jest łatwa. Nawet jeśli dziecko systematycznie uczestniczy w zajęciach socjoterapeutycznych (co w tej grupie dzieci jest rzadkie), wraca po nich do własnego środowiska, które nie podejmuje współpracy z terapeutą, nie wzmacnia wysiłku dziecka, często nawet go ośmiesza i deprecjonuje. Ponadto dostarcza mu negatywnych przeżyć i wzorców, często zachęcając lub nakazując zachowania niezgodne z przyjętymi normami społecznymi, na przykład kradzieże. Podczas pracy z takimi dziećmi należy mieć na uwadze, by zajęcia socjoterapeutyczne spełniły swoją funkcję, nie zaś doprowadziły do dysonansu poznawczego, a zarazem kryzysu emocjonalnego. Trzeba dobrze przeanalizować, co może stanowić osiągalny cel dla dziecka żyjącego w takim środowisku, podnoszący jego jakość życia.

Druga grupa osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną to dzieci, u których zadziałał czynnik etiologiczny, genetyczny lub somatyczny. Dokonany podział ma pokazać specyfikę funkcjonowania społecznego osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną z uwzględnieniem etiologii, chociaż oczywistym jest, że nie jest on tak jednoznaczny, jak został tu przedstawiony. Pominięte są w nim osoby, u których występują zarówno czynniki genetyczne, somatyczne, jak i środowiskowe, które stanowiłyby pewną kompilację przedstawionych grup. Analizując zastosowanie zajęć socjoterapeutycznych dla grupy dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną, wywołaną czynnikami genetycznymi lub somatycznymi, musimy wziąć pod uwagę specyfikę ich rozwoju. Oceniając ich funkcjonowanie społeczno-emocjonalne, trzeba przedstawić ogólny poziom funkcjonowania poznawczego, który będzie je determinował.

Według Piageta poziom myślenia dziecka z lekką niepełnosprawnością intelektualną nie wychodzi poza poziom myślenia konkretnego. Wskutek tego będzie ono miało problem z definiowaniem pojęć abstrakcyjnych, które w rozwoju społecznym są dominujące, na przykład przyjaźń, normy, role itp. Pojęcia te będą definiowane poprzez konkrety, co znacznie upraszcza ich rozumienie. Ograniczone są też procesy analizowania, syntezy, uogólniania, co powoduje trudności w rozpoznawaniu i przewidywaniu nowych sytuacji i ma przełożenie na zachowania społeczne. Dzieci te dobrze sobie radzą ze znanymi doświadczeniami, nie potrafią jednak tych umiejętności przełożyć na sytuacje nowe, dlatego potrzebują treningu, by w dogodnych warunkach wyćwiczyć nowe zachowania. Na niską umiejętność radzenia sobie z nowymi sytuacjami społecznymi wpływa też spowolnione przetwarzanie informacji, osłabiona przerzutowość myślenia, które znacznie wydłużają czas analizy zastanego stanu rzeczy. Dodatkowymi czynnikami obniżającymi szybkość i trafność działania są: trudności związane z posługiwaniem się wyobraźnią przy rozwiązywaniu nowych problemów, sztywność myślenia, trudności z antycypacją. Brak krytycyzmu przy niepewności własnych sądów i trudnościach w wyrażaniu słownym własnych myśli pogłębiają niskie kompetencje społeczne. Wpływ na to ma również obniżony zakres pamięci, osłabiona kontrola nad uwagą i jej niska przerzutowość, obniżony poziom organizacji czynności percepcyjnych.

Wymienione wyżej czynniki będą miały swoje odzwierciedlenie w funkcjonowaniu społecznym osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Osoby te dobrze radzą sobie ze znanymi sytuacjami społecznymi, a trudności pojawiają się w sytuacjach nowych, kiedy nie potrafią one szybko i często prawidłowo ocenić zastanej sytuacji, a także w sytuacjach dwuznacznych, z podtekstem. W spostrzeganiu i ocenianiu innych osób główny problem wynika z niskich umiejętności uogólniania. Dzieci z lekką niepełnosprawno-

ścią intelektualną potrafią scharakteryzować drugą osobę zarówno pod kątem jej cech pozytywnych, jak i negatywnych, ale cechy te nie budują spójnej całości, tylko występują oddzielnie. To utrudnia zrozumienie motywów działania drugiej osoby, odczytywanie jej stanów emocjonalnych. Nieprawidłowe odczytywanie intencji drugiej osoby wpływa negatywnie na nawiązywanie wzajemnych relacji, zakłócają je również trudności związane z realizacją kontrolnej funkcji „Ja”.

Osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną często budują nieadekwatny obraz własnych możliwości, nie potrafią też sprecyzować wszystkich swoich potrzeb; do tego dochodzi osłabiona kontrola emocji i popędów wynikająca z dominacji procesów pobudzania nad hamowaniem. Wszystko to wpływa na nieprawidłowe funkcjonowanie kontrolnej struktury własnego „Ja”, co bezpośrednio obniża kompetencje społeczne. Tu wspomnieć należy o jeszcze jednym czynniku, mającym wpływ w tym zakresie, a mianowicie mowie. Jest ona uboga leksykalnie, ale także często utrudnione jest jej zrozumienie przez występujące agramatyzmy i wady wymowy. Wypowiedź oparta jest na konkretnym przekazie, z wykorzystaniem prostych konstrukcji składniowych, opartych na rzeczownikach i czasownikach (Bogdanowicz, 1991; Kirejczyk, 1981; Kościelak, 1989; Obuchowska, 2003; Wyczęsany, 2001).

Wszystkie omówione wcześniej cechy osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną wpływają negatywnie na rozwój kompetencji społecznych, dlatego nieodzownym elementem pracy rehabilitacyjnej jest praca w obszarze społeczno-emocjonalnym. Zajęcia socjoterapeutyczne oparte są głównie na celach edukacyjnych i rozwojowych. Cele terapeutyczne są oczywiście realizowane, ale w znacznie mniejszym stopniu i dotyczą głównie obszaru budowania poczucia własnej wartości, przepracowania sytuacji związanych z często doznawanymi porażkami, negatywnymi doświadczeniami społecznymi, na przykład odrzuceniem, wyśmiewaniem, upokorzeniem itd. Natomiast cele edukacyjne mogą być szeroko rozbudowane i dotyczyć następujących obszarów:

- emocji,
- poczucia własnej wartości,
- komunikacji,
- rozumienia sytuacji społecznych, ról społecznych,
- zachowania prospołeczne.

W obszarze emocji z dziećmi niepełnosprawnymi mamy bardzo dużo do zrobienia, począwszy od nauczenia ich rozpoznawania własnych emocji, czyli zapoznania z różnymi emocjami, nazwania ich, następnie pokazania różnych sposobów ich wyrażania, by dojść do prawidłowej identyfikacji u siebie własnych emocji, uświadomienia specyfiki ich wyrażania, związa-

nych z tym zasobów i ograniczeń. Po procesie uświadomienia sobie własnej emocjonalności następuje etap kształcenia mechanizmów radzenia sobie z nimi, najpierw w sytuacjach powtarzalnych, później w sytuacjach tzw. trudnych. Kształcenie umiejętności wyrażania swoich emocji w sposób akceptowany społecznie w sytuacjach przewidywanych zaczyna się od pokazania dziecku dopuszczalnych sposobów ich okazywania. Często jest dla dzieci zaskakujące, że powinny okazywać wszystkie emocje, nawet te, które są postrzegane społecznie w sposób negatywny. Nieokazywanie tzw. niechcianych emocji wywołuje tylko frustrację i ich nagromadzenie, co potęguje ich zakłócający wpływ na funkcjonowanie jednostki (Obuchowska, 2001). Wspólne wypracowanie z dzieckiem takiego sposobu okazywania emocji, by został on wprowadzony w wewnętrzny mechanizm regulujący samego dziecka oraz był akceptowany społecznie jest trudne, ponieważ wymaga znalezienia indywidualnego rozwiązania zgodnego z potrzebami i możliwościami każdego dziecka.

Często wypracowywane sposoby zmieniają się wraz z wiekiem, ale sama procedura zawsze pozostaje niezmienną. Nie jest istotne, czy dziecko odczuwając złość, wyciąga np. wycieraczkę „tupaczkę”, na której wyładowuje swoje emocje, wydmuchuje złość w balon czy rysuje ją na kartce, istotna jest sama umiejętność rozpoznania, nazywania przeżywanej emocji i wyrażenia jej w sposób akceptowany społecznie. Często początkowe strategie zmieniają się wraz z wiekiem, w końcu niewiele osób dorosłych ze złości tupie na wycieraczkach, co jest adekwatną alternatywą wyniesionych z dzieciństwa sposobów radzenia sobie z emocjami. Jeżeli dziecko radzi sobie z emocjami w sytuacjach przewidywalnych, powtarzalnych, przygotowujemy je do radzenia sobie z emocjami w sytuacjach trudnych. Nie jest to oczywiście w pełni możliwe do zrealizowania, ponieważ przez sytuacje trudne rozumiemy sytuacje nieprzewidywalne, dlatego celem socjoterapii w tym zakresie jest wyuczenie podstawowych umiejętności radzenia sobie w nich. W wypadku omawianej grupy dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną dodatkowy problem stanowi zdefiniowanie samej sytuacji, która jest abstrakcyjna, a jak już wcześniej wspomniano, dzieci te myślą na poziomie konkretnym. Toteż sytuacje trudne muszą zostać sprowadzone do konkretnych przykładów, co w znacznym stopniu zuboża omawiany kontekst owej sytuacji. Jednak praca, nawet w ograniczonym zakresie, zawsze podnosi kompetencje społeczne tych dzieci.

Po nauce rozpoznawania i radzenia sobie z własnymi emocjami istotną w kontekście nawiązywania społecznych relacji jest umiejętność empatii. Empatia dzieciom z lekką niepełnosprawnością intelektualną sprawia dużą trudność, często sprowadzają ją do konkretnego, czyli odczytują emocję, jaką okazuje druga osoba, nie analizując przyczyn, kontekstu danej emocji i nie

potrafiąc jej do końca zrozumieć. Dlatego ich zachowanie bywa nieadekwatne do danej sytuacji. Ćwiczenia w zakresie lepszego rozumienia emocji innych osób, adekwatnego na nie reagowania są niezmiernie trudne, bowiem znowu wchodzi w sferę myślenia abstrakcyjnego czy przyczynowo-skutkowego, jednak prowadzenie takich zajęć, nawet na poziomie konkretnym, pozwala dziecku na wypracowanie uogólnień, które na pewno w znacznym stopniu podniosą poziom jego umiejętności empatycznych.

Następny obszar jest związany z samooceną, poczuciem własnej wartości oraz godności. Samoocena i poczucie własnej wartości są związane z samowiedzą, czyli reprezentacją naszego „Ja realnego”, które kształtuje się na podstawie wiedzy o samym sobie, wynikającej z własnej refleksji nad swoimi działaniami, komunikatów odbieranych z otoczenia oraz porównywania siebie z innymi osobami, jak i naszego „Ja idealnego”, czyli pożądanego wyobrażenia o nas samych. Osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną mają problem w adekwatnym budowaniu obrazu samego siebie, wynikający z niższego poziomu funkcjonowania poznawczego, przez co mają ograniczoną świadomość własnych możliwości i ograniczeń, umiejscowienia siebie w przestrzeni społecznej. Na nieadekwatny obraz własnej osoby wpływają często doświadczane porażki, które zaniżają poczucie własnej wartości. W pracy nad tym obszarem istotne są dwa kierunki – z jednej strony budowanie u dziecka adekwatnej oceny własnych możliwości i ograniczeń, z drugiej zaś poczucia własnej wartości. Wokół dziecka trzeba zatem stworzyć takie pole doświadczeń, za pomocą którego będzie miało możliwość poznania swoich mocnych i słabych stron. Trzeba je nauczyć analizowania własnych cech, dostarczając mu takich przeżyć, na podstawie których będzie mógł budować wiedzę o samym sobie. Te przeżycia interpretuje się wspólnie, by przekazać dziecku na podstawie jego własnych doświadczeń wiedzę o nim samym. Prawidłowo ukształtowany obraz samego siebie pomaga dziecku dobierać zadania adekwatne do swoich możliwości, co pozwala na osiągnięcie sukcesu i budowanie poczucia własnej wartości.

Kolejny obszar pracy to umiejętności komunikacyjne, które w dużej mierze warunkują kompetencje społeczne. Osobom z lekką niepełnosprawnością intelektualną trudności sprawiają przede wszystkim: niski zasób słownictwa, brak zrozumienia ich mowy, bariery we wchodzeniu w interakcje. Na zajęciach socjoterapeutycznych koncentrujemy się głównie na umiejętności nawiązywania i podtrzymywania relacji społecznej, dostarczamy wzorców inicjowania kontaktu, wspieramy dzieci, które przeżywają lęk związany z nawiązaniem nowego kontaktu oraz trenujemy umiejętność kończenia interakcji. Dzieci niepełnosprawne intelektualnie często mają problem z wyuczaniem granicy związanej przykładowo z brakiem czasu czy niechęcią drugiej osoby, co wynika z faktu, że takie komunikaty nie są wysyłane w sposób

jednoznaczny, tylko przeważnie stanowią podtekst danej wypowiedzi czy zachowania, to zaś jest dla nich mało czytelne. Sprowadzenie zachowań dwuznacznych do konkretnych przykładów i reakcji na nie pozwala dzieciom na lepsze funkcjonowanie społeczne.

Kompetencje komunikacyjne znacznie wzrastają u osób niepełnosprawnych, które wypracowały sobie strategie radzenia z emocjami, mających wysokie poczucie własnej wartości; są one wtedy bardziej zrównoważone emocjonalnie, nie wycofują się kontaktów z powodu chęci uniknięcia porażki, mają bardziej adekwatną ocenę własnych możliwości, wskutek czego nie przeżywają dysonansu pomiędzy realnymi możliwościami a postrzeganiem własnych planów.

Dalsza praca socjoterapeutyczna polega na wprowadzaniu w coraz to nowe role społeczne, analizowaniu różnych kontekstów sytuacji społecznych i kształtowaniu postaw prospołecznych, ze szczególnym uwzględnieniem aktywnego w ramach swoich możliwości samodzielnego uczestnictwa w życiu społecznym. Na tym poziomie cele edukacyjne zaczynają się wzajemnie uzupełniać z celami rozwojowymi.

W pracy z dziećmi z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną wyróżniamy też inne cele socjoterapii, wynikające głównie ze specyfiki ich funkcjonowania. W wypadku tych dzieci bierzemy głównie pod uwagę ich możliwości rozwojowe, nie zaś etiologię. Na tym poziomie niepełnosprawności intelektualnej mamy zawsze do czynienia z czynnikami genetycznymi lub somatycznymi, natomiast czynnik środowiskowy może oczywiście pogłębiać zaburzenia rozwojowe, ale nie samodzielnie je wywoływać, przez co grupa ta jest bardziej jednolita pod kątem możliwości rozwojowych niż grupa dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną.

Zaburzenia funkcjonowania społecznego będą pochodną ich ograniczonych możliwości poznawczych. Poziom myślenia nie wychodzi poza myślenie konkretne, od inteligencji przedstawieniowej (znaczną niepełnosprawność intelektualną) po wykorzystanie w myśleniu symboli (umiarkowana niepełnosprawność intelektualna). Myślenie w związku z tym charakteryzuje się organizacją informacji na poziomie konkretnym, które są definiowane przez użytek lub w ogóle nie są definiowane. Właściwości rzeczy, jak na przykład kształt, są uznawane za integralne ich cechy. Klasyfikacja elementów jest na poziomie pary lub użyteczności, np. noga – but, przybory do jeżdżenia. Osoby ze znaczną niepełnosprawnością potrafią dokonać antycypacji, przewidzieć konsekwencje sytuacji, których wielokrotnie doświadczyły. Natomiast dzieci z umiarkowaną niepełnosprawnością rozszerzają zakres tych umiejętności o sytuacje znane z przekazu społecznego, podobne do tych, jakich same doświadczyły. Często popełniają też błędy hipergeneralizacji lub hipogeneralizacji. Spostrzeganie jest bardzo ogólne, niedokładne,

o małym zakresie i zwolnionym tempie. Pojawiają się trudności w nadawaniu znaczenia, odróżnieniu szczegółów istotnych od nieistotnych, zauważaniu związków pomiędzy elementami. Spostrzeganie opiera się głównie na najprostszyc<sup>h</sup> zmysłach, takich jak: dotykowy, węchowy, smakowy, proprioceptywny czy przedsionkowy, natomiast praca złożonych analizatorów (słuchowego i wzrokowego) jest poważnie zakłócona. Występują też problemy z łączeniem doznań pochodzących z różnych zmysłów.

Pomimo występujących ograniczeń, które nasilają się u osób ze znaczną niepełnosprawnością intelektualną, spostrzeganie nadal pozostaje wiodącym procesem poznawczym. Dominuje uwaga mimowolna, uwaga dowolna może być wywołana, ale u osób z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną. Występują trudności ze skupieniem uwagi. Często bodźcem, który wywołuje uwagę, jest bodziec najsilniejszy, nie zaś najważniejszy, jej utrzymanie wymaga interwencji z zewnątrz. Duża rozpraszalność uwagi zarówno na czynniki zewnętrzne, jak i wewnętrzne jeszcze bardziej utrudnia proces jej utrzymywania, brak jej podzielności.

Zakres pamięci u osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną jest znacznie zawężony. Dominuje pamięć motoryczna, dotycząca wykonywania powtarzalnych czynności w przypadku osób ze znaczną niepełnosprawnością intelektualną, odnosząca się przeważnie do czynności życia codziennego. Występuje mała trwałość pamięci związanej z wiedzą, która nie ma bezpośredniego zastosowania w życiu codziennym oraz problemy z pamięcią bezpośrednią.

U osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną pojawiają się duże trudności w porozumiewaniu się słownym, spontaniczne wykorzystywanie pozawerbalnej komunikacji przez gest, przedmiot, dlatego coraz większe znaczenie odgrywa komunikacja alternatywna (choćaż trzeba pamiętać, że jest ona dostępna dla dzieci, które osiągnęły w rozwoju poziom myślenia wyobrażeń przedoperacyjnych, co nie zawsze jest możliwe w odniesieniu do tych ze znaczną niepełnosprawnością). Mowa jest głównie rozumiana w sposób symboliczny, nie systemowy, rozpatrywana w kontekście sytuacji wcześniej przeżytych i nie zawsze jest traktowana jako element regulacyjny zachowania.

Znacznie obniżony zakres możliwości poznawczych warunkuje obniżony zakres funkcjonowania społeczno-emocjonalnego. Ograniczone jest rozumienie sytuacji społecznej – dziecko rozumie głównie sytuacje, których doświadczyło. Inne osoby spostrzega na poziomie egocentrycznym, na podstawie fragmentarycznych informacji, bez uwzględnienia perspektywy owych osób, przede wszystkim zaś z punktu widzenia ich wartości dla samego siebie. Ujawnia jednak wrażliwość emocjonalną, głębokie przywiązanie do bliskich mu osób, umiejętność nawiązywania emocjonalnych zwią-

ków z innymi ludźmi (u dzieci ze znaczną niepełnosprawnością intelektualną okazywanie uczuć wyrażane jest w sposób prymitywny). Rozpoznawanie i nazywanie emocji jest przy tym znacznie ograniczone, kontrola własnych emocji i popędów bardzo słaba, przechodząca w zupełny jej brak wraz z obniżonym stopniem niepełnosprawności, przez co nasila się labilność emocjonalna, nieadekwatność emocjonalna i duża wrażliwość na występowanie czynników zakłócających, wywołujących podwyższone napięcie emocjonalne, które może powodować wybuchy płaczu, agresji, lęku czy śmiechu. W zależności od stopnia niepełnosprawności dzieci te wymagają częstej lub stałej pomocy.

Występuje też zróżnicowany stopień samoobsługi, od pełnego zakresu (w podstawowych czynnościach życia codziennego) do niesamodzielności. Często obserwujemy u tych dzieci zjawisko wyuczonej bezradności. Pomimo tych ograniczeń przy odpowiednim wsparciu potrafią podejmować proste zadania społeczne, oparte na współpracy. Osoby z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną są zdolne do podjęcia bardzo prostych zadań zawodowych, polegających na wykonywaniu powtarzalnych czynności pod kontrolą osób dorosłych (Bogdanowicz, 1991; Kirejczyk, 1981; Kościelak, 1989; Lausch-Żuk, 2001, 2003; Wyczęsany, 2002).

Zajęcia socjoterapeutyczne przeznaczone dla osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną dotyczą tych samych obszarów, co u dzieci ze stopniem lekkim, czyli: emocji, poczucia własnej wartości, komunikacji, rozumienia sytuacji społecznych, ról społecznych, zachowań prospołecznych, tylko mają inny zakres. Często praca nie koncentruje się na wszechstronnym poszerzaniu wiedzy i umiejętności, które w wypadku tych dzieci nie byłyby do osiągnięcia, ale na wybraniu podstawowych umiejętności, które są powtarzane, pokazywane w różnych kontekstach sytuacyjnych, by mogły zostać w pełni utrwalone i wprowadzone w zasób możliwości dziecka. Dlatego głównie w pracy socjoterapeutycznej opieramy się na celach edukacyjnych i rozwojowych.

Praca nad emocjami jest bardziej skoncentrowana na poznaniu podstawowych emocji. Często są one znane jedynie z nazwy, bez możliwości zrozumienia ich istoty i zidentyfikowania ich u siebie – nie oznacza to jednak, że wszystkie dzieci nie mają zasobów pozwalających im je opanować, jest jednak duża różnica w potencjale rozwojowym dzieci z umiarkowaną a znaczną niepełnosprawnością intelektualną. W każdym wypadku zajęcia socjoterapeutyczne mają jednak w najbardziej optymalny sposób podnieść kompetencje emocjonalne dzieci. Rozpoznawanie u siebie emocji, chociażby sprowadzonych do przykładowych dwóch czy trzech sytuacji konkretnych, podnosi jakość ich życia, świadomość własnych potrzeb i możliwość samostanowienia. Znajomość i rozpoznawanie emocji ma pomóc przede wszyst-

kim w panowaniu nad własnymi emocjami i popędami. Jak wspomniano powyżej, nie jest to w pełni możliwe, dlatego celem jest rozszerzanie gamy pewnych konkretnych pożądanych zachowań, które są przypisane danym stanom emocjonalnym oraz pogłębianie wiedzy i umiejętności z zakresu nazywania, rozpoznawania i możliwego radzenia sobie z emocjami. Proces ten jest bardzo żmudny i wymaga wielokrotnego, a czasem wieloletniego powtarzania wzorców sytuacyjnych.

W zakresie podnoszenia kompetencji komunikacyjnych pracujemy w dwóch obszarach: z jednej strony w zakresie podnoszenia zasobu słownictwa, z drugiej umiejętności komunikacji: nadawania komunikatu, jego odbierania i podtrzymywania zachodzącej interakcji. W odniesieniu do poszerzania słownictwa zaznaczmy, iż jest to proces wymagający dużego nakładu systematycznej pracy. Jest on też znacznie zróżnicowany ze względu na odmienne możliwości osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością, ale także z uwagi na sprzężenia, na przykład z mózgowym porażeniem dziecięcym czy głuchotą, które będą w znaczący sposób zmieniać możliwości komunikacyjne. W tej grupie dzieci mamy do czynienia z osobami posługującymi się mową werbalną, układającymi nawet proste zdania oraz osobami posługującymi się monosylabami czy paroma wyrazami, wspomagającymi się komunikacją alternatywną, wreszcie z osobami, które komunikują się tylko za pomocą np. piktogramów lub gestów. W zależności od tych możliwości praca nad rozbudową zasobu słownictwa będzie różna, ale zawsze będzie miała na celu optymalizację możliwości dziecka w tym zakresie.

Z perspektywy wchodzenia w sytuację komunikacyjną jest to również problem złożony, zależny od możliwości rozwojowych dzieci. W przedstawianej grupie będzie on także bardzo zróżnicowany, począwszy od samego inicjowania komunikatu, poprzez nawiązanie kontaktu wzrokowego, po podtrzymywanie kontaktu i jego wydłużanie. Zajęcia socjoterapeutyczne mają jednak na wszystkich tych etapach pomóc wyćwiczyć umiejętności komunikacyjne. Wielokrotne doświadczanie określonej sytuacji pozwala dziecku z niepełnosprawnością intelektualną na zapamiętanie, ale przede wszystkim na odczucie sukcesu, który będzie budował jego poczucie własnej wartości, co jest niezbędne w inicjowaniu komunikatu (Smyczek, Szwiec, 2001).

Rozumienie sytuacji społecznych, wchodzenie w role społeczne czy budowanie zachowań prospołecznych jest sprowadzone w pracy socjoterapeutycznej z osobami z głębszą niepełnosprawnością intelektualną do sytuacji konkretnych i bardzo typowych, powszechnych. Istotny jest tutaj właśnie dobór sytuacji, które mamy przepracować z dziećmi. Musimy mieć świadomość, że znaczne ograniczenia rozwojowe tych dzieci nie pozwalają na wszechstronne opanowanie kontekstu społecznego, dlatego dokonując wyboru, należy zwłaszcza przeanalizować, czy dana sytuacja jest naprawdę

ważna i przydatna osobie niepełnosprawnej, czy z jej perspektyw zmienia jakość życia, np. umiejętność kupowania (nieraz tylko wybierania) lodów czy mięsa?

Największe jednak znaczenie w zajęciach socjoterapeutycznych, przeznaczonych dla osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, ma przebywanie w grupie i doświadczanie w niej sukcesu. Należy pamiętać, że dzieci te rzadko uczestniczą w zajęciach grupowych, większość z nich poza szkołą nie ma kontaktów z grupą rówieśniczą, a część ma przyznane nauczanie indywidualne, co w ogóle izoluje je od przebywania w grupie. Dlatego zajęcia socjoterapeutyczne są nieraz jedyną okazją do bycia z rówieśnikami i to już stanowi pozytywny ich efekt. Doświadczanie sukcesu, oprócz oczywistego podnoszenia poziomu umiejętności, w których ten sukces osiągnęły, stanowi przede wszystkim podstawę budowania poczucia własnej wartości, która pozwala dziecku tworzyć własną autonomię. To wspieranie własnej godności i autonomii dziecka stanowi właśnie główny cel zajęć socjoterapeutycznych przeznaczonych dla osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną.

Socjoterapia może być prowadzona również dla osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Jej istota zmienia się tu ze względu na możliwości rozwoju tych osób, chociaż podstawowe założenia pozostają takie same. W większości wypadków mamy jednak do czynienia tylko z elementami socjoterapii, nie zaś z pełnymi klasycznymi zajęciami prowadzonymi tą metodą.

Osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną mogą osiągnąć poziom myślenia sensomotorycznego. W zależności od indywidualnych możliwości rozwojowych mogą opanować następujące stadia według Piageta (Bee, 2004; Wadsworth, 1998; Piszczek, 2007):

- stadium pierwsze – asymilowanie bodźców z otoczenia za pośrednictwem odruchów,
- stadium drugie – początki koordynacji, pierwotne reakcje okrężne,
- stadium trzecie – chwytanie i manipulowanie przedmiotami, wtórna reakcja okrężna,
- stadium czwarte – odróżnianie środków od celów, łączenie dwóch czynności, częściowo ukształtowane pojęcie stałego przedmiotu,
- stadium piąte – relacje kołowe trzeciego rzędu, rozwijanie nowych sposobów osiągnięcia celów – eksperymentowanie,
- stadium szóste – początki reprezentacji myślowej, początki inteligencji przedstawieniowej, w pełni ukształtowane pojęcie stałego przedmiotu.

U osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną konkretne właściwości bodźca wywołują konkretne reakcje, czyli nie mają tutaj znaczenia potrzeby, motywy czy kontekst sytuacyjny (tzw. monokonkretny poziom

organizacji informacji). Czasami odruch orientacyjny nie przekształca się w odruch badawczy. Myślenie związane jest z subiektywnym doświadczaniem. Wiedza o świecie ogranicza się do podstawowych elementów najbliższego otoczenia. W porządkowaniu jej dominuje oparcie się na odczuciach emocjonalnych (przyjemne, nieprzyjemne), często błędne ujmowanie powiązań pomiędzy przedmiotami, niezdolność do przewidywania konsekwencji czy planowania działań. Poznanie jest wyłącznie całościowe.

Podstawową formą zachowania są reakcje okrężne, czyli powtarzanie w zależności od możliwości: pierwotne (powtarzanie czynności z wykorzystaniem własnego ciała), wtórne (powtarzanie czynności z wykorzystaniem przedmiotu) oraz trzeciego rzędu (powtarzanie czynności z wykorzystaniem przedmiotu, za każdym razem realizowane w odmienny sposób).

Osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną spostrzegają niektóre wrażenia głównie związane ze zmysłami bliskimi. Bardzo ograniczona jest zdolność rozpoznawania, różnicowania i interpretowania bodźców. Czasem występują u nich sensoryzmy, czyli tendencje do preferowania lub unikania pewnych bodźców. Pojawiają się zaburzenia integracji sensorycznej oraz nieprawidłowości na wszystkich piętrach analizatorów. Mają one także niski próg tolerancji na nadmiar bodźców. Uwaga jest mimowolna, z zaznaczającym się brakiem kontroli nad nią. Czasem nie występuje odruch orientacyjny lub funkcjonuje nieprawidłowo, przykładowo odruchy pojawiają się z opóźnieniem, bywają słabe i szybko wygasają lub zbyt silne i wygasają z dużym trudem. Pamięć w znikomym zakresie dotyczy prostych czynności ruchowych (motoryczna), rozpoznawania powtarzających się bodźców (percepcyjna), emocjonalnego znaczenia bodźców (emocjonalna). U niektórych osób rozwija się pamięć proceduralna odnosząca się do prostych czynności.

Pod kątem funkcjonowania motorycznego osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną wykazują duże ograniczenia w zakresie sprawności motorycznej i opóźnienia w opanowaniu czynności motorycznych. Jednak zakres tych opóźnień i ograniczeń jest skorelowany ze sprzężeniami, np. z mózgowym porażeniem dziecięcym i wynikającymi z nich dalszymi ograniczeniami dla rozwoju fizycznego.

Poziom komunikowania jest bardzo niski. Mowa może być w ogóle niewykształcona, czasami mamy do czynienia z opanowaniem pojedynczych wyrazów lub monosylab. Rozumienie mowy jest najczęściej na poziomie wyrazu lub prostego zdania. Komunikacja odbywa się zazwyczaj na poziomie kontaktu wzrokowego (choć czasami występują trudności w nawiązywaniu kontaktu wzrokowego i skupianiu uwagi wzrokowej na twarzy) lub ekspresji, jak wymiana spojrzenia, gestu, uderzenie, pokazywanie, krzyk itp., wyjątkowo z wykorzystaniem metod komunikacji alternatywnej (tylko

w zakresie gestów, symbole graficzne są niedostępne). Trudności komunikacyjne mogą stanowić źródło zachowań agresywnych czy autoagresywnych i powodować, że funkcjonowanie społeczne jest znacznie ograniczone mimo występującej potrzeby kontaktów społecznych. Osoby te rozumieją proste, powtarzające się sytuacje społeczne, dotyczące głównie zabezpieczania ich potrzeb (np. jedzenia).

Ograniczona samodzielność lub nieraz jej brak w zakresie samoobsługi czy załatwiania potrzeb fizjologicznych oraz prawie całkowity brak czynności regulacyjnych wpływają na trudności w kształtowaniu poczucia własnej autonomii. Brak lub niska świadomość własnych emocji powoduje brak kontroli nad emocjami i popędami (Bogdanowicz, 1991; Kirejczyk, 1981; Kościelak, 1989; Lausch-Żuk, 2001; Piszczek, 2006; Piszczek, 2007).

Możliwości rozwoju dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, które zostały przedstawione wyżej, znacznie zawężają możliwości zastosowania socjoterapii, co nie oznacza, że nie jest ona w ogóle prowadzona. W ramach zajęć socjoterapeutycznych z tą grupą dzieci są realizowane głównie cele rozwojowe lub edukacyjne. Faktycznie w większości wypadków usprawnienie osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną przebiega w diadzie terapeuta – dziecko, co z jednej strony zwiększa efektywność działań, z drugiej, niestety, uniemożliwia kontakty społeczne.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że osoby z głęboką niepełnosprawnością większość swojego życia spędzają w domu (wiąże się to często z brakiem możliwości przemieszczania się, ale nie zawsze), kontaktując się jedynie w ciągu życia z paroma osobami: rodzicami, terapeutą, lekarzem, najbliższą rodziną. Zajęcia o charakterze socjoterapeutycznym dają im możliwość chociażby przebywania w gronie rówieśników. Oczywiście, trudno tu nieraz mówić o nawiązywaniu relacji, chociaż nie zawsze potrafimy to obiektywnie ocenić. Fakt, że osoba nie mówi, nie kontaktuje się za pomocą gestu czy wzroku, nie oznacza jeszcze, że nie odczuwa bliskości innych osób, że nie wzbudzają u niej zaciekania i nie wpływa to pozytywnie na jej rozwój. W pracy z osobami z głęboką niepełnosprawnością intelektualną powinniśmy działać, wychodząc naprzeciw ich potrzebom, bez czekania na efekt, bo ten może, ale nie musi się pojawić (lub może zostać niezauważony). Istotna staje się też odpowiednia obserwacja podjętych działań, by móc obiektywnie ocenić ich efekty, które mogą być zauważalne nieraz po bardzo długim czasie (Kielin, 1999). Jednego możemy jednak być pewni – możliwość bycia w grupie jest dla tych dzieci swoistym wydarzeniem, które na pewno nie pozostaje bez znaczenia dla ich rozwoju.

W odniesieniu do pracy z dziećmi o wyższych kompetencjach rozwojowych w ramach tego stopnia niepełnosprawności zajęcia socjoterapeutyczne

stanowią niepowtarzalną możliwość ćwiczenia umiejętności społecznych. Jak zauważyliśmy już wcześniej, dzieci te często pozbawione są kontaktu z rówieśnikami, a bez niego nie da się opanować umiejętności społecznych. Istotą tych zajęć staje się doświadczanie drugiego człowieka, próba nawiązywania z nim kontaktu, odczytywania własnych emocji (oczywiście bez nazywania ich) i na tej podstawie budowanie, poszerzanie wiedzy o samym sobie. Pole doświadczeń, które budują zajęcia socjoterapeutyczne, nie tylko podnosi poziom umiejętności i wiedzy tych dzieci, ale także stanowi okazję do odczuwania radości, satysfakcji, o którą często tak trudno w ich życiu.

Zastosowanie zajęć socjoterapeutycznych w odniesieniu do dzieci z niepełnosprawnością intelektualną jest bardzo szerokie, zależy od stopnia niepełnosprawności, często od jej etiologii oraz sprzężeń z innymi rodzajami niepełnosprawności, które w znaczący sposób zmieniają zakres kompetencji rozwojowych danego dziecka. U dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną realizujemy cele terapeutyczne, edukacyjne i rozwojowe, natomiast w odniesieniu do dzieci z umiarkowaną, znaczną i głęboką niepełnosprawnością intelektualną głównie skupiamy się na celach edukacyjnych i rozwojowych. Zajęcia socjoterapeutyczne zbiegają się z założeniami pracy z osobami niepełnosprawnymi, których podstawowy celem jest holistyczne wspieranie rozwoju dziecka niepełnosprawnego, by mogło w jak największym wymiarze uczestniczyć w życiu społecznym.

Metodologia prowadzenia socjoterapii przynosi dodatkowe korzyści osobom niepełnosprawnym. Założenie, że zajęcia muszą odbywać się w grupie powoduje, że dzieci z niepełnosprawnością intelektualną mają dodatkową a nieraz jedyną okazję przebywania z rówieśnikami. Trzeba pamiętać, że w polskiej rzeczywistości społecznej osoby z niepełnosprawnością intelektualną są wciąż zamykane w domu. Za sprawą socjoterapii mogą one nie tylko realizować analizowane w tym artykule cele, takie jak rozwijanie umiejętności porozumiewania, rozpoznawania emocji itd., ale także mają okazję do nawiązywania przyjaźni, o którą tak trudno w ich życiu.

Zajęcia te pozwalają doświadczać dziecku samego siebie, innych osób, nowych zagadnień i sytuacji. Każde doświadczenie stanowi dla dziecka niepełnosprawnego kolejny krok w odkrywaniu wiedzy, która nie zawsze jest przez dorosłych zauważana, ponieważ jest dla nich oczywista. To doświadczanie i odkrywanie jest niezwykle emocjonujące, przez co stanowi dla dziecka źródło radości, zadowolenia, poczucia sprawstwa czy sukcesu, które buduje poczucie własnej wartości i autonomii. I to wspieranie rozwoju autonomii oraz podnoszenie kompetencji społeczno-emocjonalnych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną jest największą wartością, jaką niesie ze sobą socjoterapia.

## LITERATURA

- BEE, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- BOGDANOWICZ, M. (1991). *Psychologia kliniczna dzieci w wieku przedszkolnym*. Warszawa: WSiP.
- COREY, M.S., COREY, G. (2002). *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*. Warszawa: Wyd. IPZ PTP.
- KIELIN, J. (red.) (1999). *Rozwój daje radość*. Gdańsk: GWP.
- KIREJCZYK, K. (red.) (1981). *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*. Warszawa: PWN.
- KOŚCIELAK, R. (1989). *Psychologiczne podstawy rewalidacji upośledzonych umysłowo*. Warszawa: PWN.
- KOŚCIELSKA, M. (1995). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: PWN.
- LAUSCH-ŻUK, J. (2001). *Pedagogika osób z umiarkowanym, znacznym i głębokim upośledzeniem umysłowym*. W: W. Dykcik (red.). *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wyd. UAM.
- LAUSCH-ŻUK, J. (2003). *Dzieci głębiej upośledzone umysłowo*. W: I. Obuchowska (red.). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- LOVAAS, O.I. (1993). *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo*. Warszawa: WSiP.
- OBUCHOWSKA, I. (2003). *Dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim*. W: I. Obuchowska (red.). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- OBUCHOWSKA, I. (red.) (2001). *Jak sobie radzić z niechcianymi emocjami*. Poznań: Media Rodzina.
- OKOŃ, W. (1984). *Słownik pedagogiczny*. Warszawa: PWN.
- PILECCY, J., W. (1996). *Kształtowanie umiejętności społecznych*. W: J., W. Pileccy (red.). *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*. Kraków: Wyd. Naukowe WSP.
- PILECCY, J., W. (red.) (1996). *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*. Kraków: Wyd. Naukowe WSP.
- PISZCZEK, M. (2006). *Dziecko, którego rozwój emocjonalno-poznawczy nie przekracza pierwszego roku życia. Diagnoza, zasady terapii i ocena efektów zajęć*. Warszawa: CMPPP.
- PISZCZEK, M. (2007). *Diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: CMPPP.
- SAWICKA, K. (red.) (1999). *Socjoterapia*. Warszawa: CMPPP.
- SIKORSKI, W. (1996). *Psychoterapia jako czynnik wspomagający w praktyce wychowawczej, „Opieka – Wychowanie – Terapia”, nr 2 (26)*.
- SMYCZEK, A., SZWIEC, J. (2001). *Metodyka nauczania alternatywnych i wspomagających sposobów porozumiewania się i techniki posługiwania się symbolami*. W: M. Piszczyk (red.). *Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym. Część I*. Warszawa: CMPPP.
- STRZEMIECZNY, J. (1988). *Program zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci ze szkół podstawowych*. Warszawa: Wyd. MEN.
- STRZEMIECZNY, J. (1993). *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży*. Warszawa: PTP.
- SZEWCUK, W. (red.) (1985). *Słownik psychologiczny*. Warszawa: WP.
- TWARDOWSKI, A. (2003). *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*. W: I. Obuchowska (red.). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- WADSWORTH, B.J. (1998). *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*. Warszawa: WSiP.
- WYCZESANY, J. (2001). *Pedagogika osób z lekkim upośledzeniem umysłowym*. W: W. Dykcik (red.). *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- WYCZESANY, J. (2002). *Pedagogika upośledzenia umysłowego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- ZBOROWSKI, Z. (1985). *Trening interpersonalny*. Wrocław: Wyd. Ossolineum.



## **Wybrane konteksty socjoterapii w pracy z jednostkami niedostosowanymi społecznie**

Pokonywanie trudności związanych z zaburzeniami zachowania, powtarzając za A. Karasowską, jest istotne z wielu powodów – nie tylko z punktu widzenia dzieci i ich dalszego rozwoju, ale także pedagogów, którzy są bezpośrednimi uczestnikami rozwiązywania ich problemów (Karasowska, 2011, s. 3). W placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych podejmowane są autorskie przedsięwzięcia w zakresie wdrażania nowatorskich metod oddziaływania na młode osoby niedostosowane społecznie. Rodzaj, charakter proponowanych przedsięwzięć w dużej mierze zależy od kreatywności dyrekcji oraz kadry pedagogicznej, a także specyfiki i możliwości organizacyjnych danej placówki. Socjoterapia jest jedną z wielu możliwych do zastosowania procedur zmiany zachowania, którą przy znajomości zasad prowadzenia zajęć grupowych, metod i technik socjoterapeutycznych można z powodzeniem wykorzystywać w warunkach środowiska otwartego oraz placówek opieki całodobowej.

### **1. Potrzeba diagnozowania**

Diagnoza zaburzeń zachowania nieletniego stanowi pierwszy i niezbędny element postępowania socjoterapeutycznego. Polega na rozpoznaniu charakteru trudności nieletniego i analizie zaburzeń w jego relacjach z innymi osobami, co pozwoli na zaprogramowanie odpowiednich zajęć korygujących, dostosowanych do rodzaju jego zaburzeń. Jednak, jak podkreśla J. Jagieła (2009, s. 59), zanim rozpocznie się proces diagnozowania, niezwykle istotnym jest nawiązanie bliskiego kontaktu emocjonalnego z nieletnim. Socjoterapeuta powinien okazać mu szacunek i zaangażowanie, swoją otwartość i skłonność do pomocy, a tym samym dać poczucie bezpieczeństwa.

stwa. Powinien również udzielić niezbędnych informacji na temat terapii, jej charakteru oraz celu (Jagiela, 2009). Powyższe czynności umożliwiają postawienie tzw. diagnozy wstępnej, która ma status hipotezy roboczej, co oznacza, że może ulegać weryfikacji i uzupełnieniom wskutek pojawiających się w trakcie trwania terapii nowych informacji<sup>1</sup>. Pomocny na tym etapie może okazać się schemat postępowania zaproponowany przez J. Strzemiecznego (1988, s. 21). Jego zdaniem najpierw należy wyodrębnić te sytuacje, w których dziecko na ogół prezentuje zachowania wyraźnie odbiegające od normy, naznaczone negatywnymi emocjami, następnie określić, jakie elementy sytuacji sprawiają dziecku trudności oraz w jakim obszarze relacji one występują. Zaburzenia mogą ujawniać się w sferze relacji z rówieśnikami (ja – rówieśnicy), w relacjach z osobami dorosłymi (ja – dorosły), w relacjach zadaniowych (ja – zadanie), a także w ustosunkowaniach do samego siebie (ja – ja) (Strzemieczny, 2009, s. 4).

Jak słusznie zauważa M. Ganczarska, uzasadnione jest posługiwanie się terminem diagnozy relacyjnej, dla odróżnienia tej konkretnej diagnozy od innych (Ganczarska, s. 50). Poza tym autorka dostrzega pewne niuanse postępowania diagnostycznego (zaproponowanego przez J. Strzemiecznego), jak choćby unikanie etykietowania, możliwość całościowego zobrazowania zaburzenia (inne klasyfikacje mogą interpretować zaburzenie wybiórczo). Informacje na temat dziecka można uzyskać z obserwacji, po zasięgnięciu opinii od innych osób, zwłaszcza rodziców, wychowawców, rówieśników, ale także od samego nieletniego. Dlatego tak ważne jest, aby przyszły uczestnik zajęć socjoterapeutycznych był sprzymierzeńcem socjoterapeuty i wykazywał zainteresowanie i motywację do udziału w tych zajęciach.

Konkludując, we wstępnej diagnozie należy uwzględnić elementy różniące zaburzenia zachowania od tych mieszczących się w granicach normy, a mianowicie: wiek dziecka, środowisko rodzinne, w którym się wychowuje, stawiane mu wymagania, wpajane i przestrzegane przez rodziców normy i zasady, zwyczaje kulturowe i moralne w środowisku rodzinnym, rówieśniczym i lokalnym dziecka, płeć dziecka i wynikające z tego różnice w ocenie zachowania, poziom tolerancji rodziców i wychowawców, a także indywidualne właściwości dziecka (Jagiela, 2009, s. 65). Przyjęcie powyższych obszarów, w których można zaobserwować zaburzenia w zachowaniu, może okazać się wystarczające dla rozpoznania głównego problemu dziecka i podjęcia decyzji o potrzebie terapii grupowej oraz jest pomocne do pro-

---

<sup>1</sup> Przyjmuje się, że podejmowanie zorganizowanych działań, a do takich należy socjoterapia, charakteryzuje się postawieniem diagnozy stanu istniejącego, na podstawie której projektuje się działania w dalszym etapie, realizuje przedsięwzięcia i poddaje się je kontroli (Ziemski, 1971).

gramowania w późniejszym etapie zajęć socjoterapeutycznych. Innym kryterium różnicowania może być częstość występowania negatywnych zachowań, ich intensywność, natężenie oraz trwałość, czyli okres czasu, w którym występują.

Jednakże z reguły nie ma jednej drogi prowadzącej do zaburzeń w przystosowaniu, ponieważ każda jednostka i jej sytuacja jest wyjątkowa, choć istnieją pewne ogólne prawidłowości i mechanizmy wyznaczające przebieg procesu przystosowania (Wysocka, s. 60). Zachowanie człowieka, którego uznajemy za społecznie przystosowanego, powinno spełniać dwie podstawowe funkcje:

- zaspokajając potrzeby osobiste,
- spełniać wymagania społeczne w sposób akceptowany przez dane społeczeństwo.

O zaburzeniach zachowania mówi się najczęściej wtedy, gdy nie są spełnione obie lub choćby jedna z wymienionych funkcji (Lewicki, 1974). Nieadekwatne zachowanie staje się regułą, a dziecko w różnych sytuacjach prezentuje stały stereotyp zachowania. Cechami charakterystycznymi zaburzeń zachowania są:

- nieadekwatność – przejawiająca się nieracjonalnymi reakcjami jednostki na daną sytuację;
- sztywność reakcji – oznaczająca powtarzające się, sztywne wzorce reagowania w różnych, odmiennych sytuacjach;
- szkodliwość dla podmiotu i otoczenia – wynika z nieadekwatności i sztywności reakcji, czego skutkiem jest niemożność konstruktywnego wykorzystania sytuacji, m.in. brak możliwości budowania satysfakcjonującej sytuacji z otoczeniem, zdobycia nowej umiejętności czy stworzenia czegoś nowego dla siebie i innych;
- negatywne emocje, takie jak złość, lęk, zazdrość, które dziecko stara się ukryć „pod maską obojętności” (Strzemieczny, 1988).

W literaturze przedmiotu spotyka się także inne pojęcia, które opisują zaburzenia funkcjonowania jednostki, ale określane są mianem niedostosowania społecznego. Warto je w tym miejscu dookreślić. Jak zauważa E. Wysocka (2009, s. 23), zróżnicowanie obu pojęć ujmowane jest w sposób procesualny, co oznacza, że zaburzenia są łagodniejszymi symptomami, wynikającymi z czynników endogennych i egzogennych, z czasem mogą być bardziej intensywne, utrwalac się i wywoływać skutki psychologiczne i społeczne. Zatem niedostosowanie społeczne wyraża się „w negatywnym stosunku do norm i uznawanych społecznie wartości, jest wyrazem trudnej wewnętrznej sytuacji jednostki, a trudności wychowawcze stąd wynikające cechuje znaczna trwałość [...] wskaźnikami niedostosowania społecznego są

zachowania, które pozostają w sprzeczności z powszechnie uznawanymi normami, wartościami czy oczekiwaniami społecznymi [...]” (Wysocka, s. 24).

W pracy z młodzieżą niedostosowaną chodzi o zróżnicowanie oddziaływań w zależności od cech psychicznych wychowanka, przy jednoczesnym poszanowaniu jego praw, dlatego wiodące powinny być zasady indywidualizacji i podmiotowości, bo jak pisze L. Pytka (1991, s. 318–319): „resocjalizacja jest złożonym zespołem oddziaływań opiekuńczych, wychowawczych i terapeutycznych wobec osób naruszających normy prawne i obyczajowe, i w postępowaniu z nieletnimi także chodzi o działanie naprawcze w trzech wymiarach: opieki (zaspokojenie potrzeb), wychowania (internalizacji wartości i norm pożądaných i konstruktywnych dla samej jednostki i jej otoczenia) oraz terapii (leczenia, wyrównywania szans, rekompensaty)”. Niezależnie też od tego, jaki przyjmie się rodzaj koncepcji niedostosowania społecznego, jakim modelem diagnozowania będzie się posługiwać i w konsekwencji, jakie konkretne oddziaływanie resocjalizacyjne (modele) się podejmie w stosunku do dzieci i młodzieży, to na każdym etapie postępowania priorytetem będzie kierowanie się ich dobrem i uznanie ich indywidualności.

## 2. Kilka uwag o socjoterapii

Niemalże w każdej publikacji poświęconej problematyce socjoterapii każdy z autorów dokonuje przeglądu różnych jej ujęć. Mając na uwadze, że jest to wiedza ogólnie dostępna, nie będę wdawać się w szczegółowe analizy, postaram się natomiast wskazać na pewne jej cechy przydatne w procesie resocjalizacji osób niedostosowanych społecznie.

Każde ujęcie socjoterapii akcentuje jej terapeutyczny, leczniczy charakter (pierwotnie socjoterapia wykorzystywana była w leczeniu osób chorych – nurt medyczny<sup>2</sup>), jednakże w nurcie psychologiczno-pedagogicznym szczególną uwagę zwraca się na adresatów socjoterapii, tj. dzieci i młodzież z przejawami zaburzonego zachowania. Jak pisze M. John-Borys (2005, s. 348) jest to metoda pracy z dziećmi pochodzącymi ze środowisk dysfunkcyjnych wychowawczo<sup>3</sup>, którym zaburzenia w zachowaniu utrudniają adaptację w środowisku lokalnym i w kontaktach z dorosłymi.

---

<sup>2</sup> Socjoterapia w tym nurcie rozumiana jest też jako terapia wspomagająca w procesie leczenia, m.in. w szpitalach, oddziałach rehabilitacyjnych, ośrodkach dziennych, klubach byłych pacjentów; wykorzystuje się rozmaite formy oddziaływań, przy czym optymalną stanowi społeczność lecznicza (Pużyński, 1993; John-Borys, 2005; Szewczuk, 1979).

<sup>3</sup> W pierwszej kolejności adresatami socjoterapii były dzieci z rodzin z problemem alkoholowym ze względu na negatywne oddziaływanie na nich środowiska rodzinnego i rodzące się

W socjoterapii podkreśla się także rolę zorganizowanego środowiska, grupy i zachodzących w niej kontaktów, które pełnią funkcję leczniczą bądź podtrzymują zmianę terapeutyczną (John-Borys, 2005, s. 348). Mając na uwadze, że w wypadku nieletnich niedostosowanych społecznie niebagatelną rolę w procesie ich socjalizacji a także kontrsocjalizacji odgrywa grupa społeczna, rówieśnicza, należy ten fakt wykorzystać w procesie oddziaływań resocjalizacyjnych. Oddziaływanie poprzez grupę zarówno w środowisku otwartym (np. w szkole, świetlicach socjoterapeutycznych, kuratorskich ośrodkach pracy z młodzieżą), jak i w warunkach zamkniętej placówki opiekuńczo-wychowawczej, resocjalizacyjnej (np. w Młodzieżowych Ośrodkach Wychowawczych, Młodzieżowych Ośrodkach Socjoterapii, w Zakładach Poprawczych), może stać się dla młodzieży substytutem ich wcześniejszego środowiska rodzinnego, rówieśniczego.

M. Konopczyński (2008, s. 47) uznaje socjoterapię za wielowymiarowo oddziałującą na struktury i funkcje osobowe nieletnich oraz wzmacniającą i usprawniającą parametry tożsamości wychowanków. Nastawienie na poprawę, korekturę, usprawnianie charakterystyczne jest dla socjoterapii i jest to czynnik odróżniający ją od psychoterapii, z którą jest często mylnie utożsamiana. Psychoterapia w głównej mierze posługuje się technikami werbalnymi, co może być utrudnione w odniesieniu do młodzieży niedostosowanej społecznie, która niejednokrotnie boryka się z głębokimi urazami i towarzyszącymi im zaburzonymi sądami poznawczymi o rzeczywistości. W związku z tym może nie umieć lub/i nie chceć formułować swoich problemów, myśli, okazywać emocji w obecności innych osób. Bardziej skuteczne może okazać się wzmacnianie osobowości nieletnich niż za wszelką cenę docieranie do ich przeszłych, czasem bardzo bolesnych doświadczeń, co czyni się w psychoterapii. Ponadto w socjoterapii dąży się do odreagowania napięcia emocjonalnego uczestników w trakcie spotkań grupowych, podczas gdy w psychoterapii odreagowanie to polega na ujawnieniu i nazwaniu wypartych emocji poprzez powrót do minionych zdarzeń i ponowne przeżywanie towarzyszących im uczuć (Sawicka, s. 18). Psychoterapia bowiem ma na celu przede wszystkim leczenie, socjoterapia zaś, mając na względzie charakter zaburzeń i wiek uczestników, obok celów terapeutycznych realizuje także cele edukacyjne i rozwojowe<sup>4</sup>.

„Celem podstawowym socjoterapeutycznych zajęć grupowych jest oddziaływanie na uczestników poprzez wpływ interakcji międzyludzkich, ma-

---

z tego tytułu problemy, nie kwalifikujące się jednak do pomocy psychiatrycznej, a bardziej do pomocy psychologicznej. Dlatego socjoterapia określana jest również rodzajem pomocy psychopedagogicznej. Szerzej na ten temat J. Jagieła (2009), Z. Sobolewska (1993).

<sup>4</sup> Szerzej na ten temat: K. Sawicka (2010).

jących za zadanie zmiany wadliwych postaw społecznych, reakcji emocjonalnych i behawioralnych oraz percepcji własnej osoby, jak i otoczenia” (Konopczyński, Ambrozik, 2009, s. 51).

### 3. Bardziej wychowawca czy bardziej socjoterapeuta?

W literaturze pedeutologicznej oraz pedagogicznej podkreśla się, iż w każdej sytuacji wychowawczej pedagog-wychowawca wywiera wpływ na swoich podopiecznych poprzez to, czym jest, poprzez stopień dojrzałości uczuciowej, wewnętrzną integrację, opanowanie. Stanowi niejako narzędzie oddziaływań opiekuńczych, wychowawczych i terapeutycznych wobec nieletnich (Karłyk-Ćwik, 2008, s. 38). Znaczący problem<sup>5</sup> zwracają uwagę, iż na sukces wychowawczy pedagoga składają się trzy czynniki: kompetencje profesjonalne, doświadczenie zawodowe oraz predyspozycje osobowe (Konopczyński, 2006, s. 117).

Do kompetencji profesjonalnych można zaliczyć z jednej strony czynniki natury edukacyjnej, tj. poziom i model kształcenia na studiach, na które składa się jakość przekazywanej wiedzy, doświadczenie praktyczne, z drugiej zaś strony są to czynniki osobiste, takie jak: motywacja do nauki, aktywność intelektualna, predyspozycje do wykonywania zawodu (Konopczyński, 2006, s. 117). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, iż wyniki badań przeprowadzonych wśród pedagogów resocjalizacyjnych pokazują, że preferowanie przez nich określonych zadań charakterystycznych w instytucjonalnej działalności wychowawczej wobec nieletnich ma związek z przygotowaniem do ich realizacji. Odnosząc się do swojego przygotowania akademickiego, badani pedagodzy najlepiej czują się przygotowani do realizacji zadań wychowawczych, opiekuńczych i organizacyjnych (nadzór), najmniej natomiast do zadań terapeutycznych, reedukacyjnych, diagnostycznych oraz do pracy z grupą wychowawczą (działania wychowawczo-terapeutyczne)<sup>6</sup> (Karłyk-Ćwik, 2008, s. 43). W kontekście poruszanego za-

<sup>5</sup> W psychologii i pedagogice od dawna podejmowane są próby opisanie idealnej osobowości nauczyciela-wychowawcy. Autorzy zwracają uwagę między innymi na takie cechy, jak: poczucie obowiązku i odpowiedzialności, wewnętrzną prawdziwość i moralną odwagę, kontaktowość, żywość wyobraźni, instynkt rodzicielski, zdolność do wyrażania uczuć, nastawienie psychiki na zewnątrz a nawet potrzebę doskonałości. Szerzej na ten temat: W. Okoń (1999).

<sup>6</sup> Autorka w niniejszych badaniach zmienną „zadania wychowawcy” postrzega jako działania wychowawczo-terapeutyczne – rozwijające, bliższe terapeutycznemu podejściu humanistycznemu i psychoedukacyjnemu, nastawione na korygowanie zaburzeń i rozwijanie wewnętrznego potencjału jednostki oraz jako nadzór – działania zachowawcze, związane raczej z podejściem behawioralnym, ukierunkowanym na zorganizowanie życia w placówce i przystosowanie do niego wychowanka.

gadnienia wychowawca-socjoterapeuta może to być wynik niepokojący, świadczący o tym, że wychowawcy bardziej czują się pedagogami opiekuńczo-wychowawczymi niż resocjalizacyjnymi. Jednakże postawienie takiej tezy jest nie tylko krzywdzące, ale i zbyt uproszczone. S. Górski wskazuje czynniki różnicujące wychowanie i terapię: „o ile wychowanie pod względem deklarowanych celów ma charakter humanistyczny, to pod względem najważniejszych czynników modyfikowania osobowości nie przypomina psychoterapii, mającej na celu rozwój” (Górski, 1986, s. 29).

W wychowaniu stosuje się system kar i nagród, ocenia się dziecko i stosuje kontrolę zewnętrzną w celu wyznaczenia granic i spełniania przez dziecko społecznych oczekiwań. W terapii wręcz odwrotnie, nie ocenia się dziecka, nie stosuje kar i nagród oraz dąży do rozwijania u niego kontroli wewnętrznej (Górski, 1986, s. 29–32). W sytuacji, gdy wychowanie nie daje dziecku wsparcia i nie buduje jego własnej wartości, najbardziej pomocną rzeczą, jaką można dla niego zrobić, „jest dopomóc mu w pomaganiu sobie”, np. poprzez formę pomocy psychologiczno-pedagogiczne, czyli socjoterapię ([www.apanasewicz.pl](http://www.apanasewicz.pl)).

W socjoterapii dochodzi do scalenia tych obszarów, co jest zasadne, ale może też rodzić dylematy. Działania adresowane do młodych ludzi, aby przyniosły efekty, muszą łączyć w sobie elementy terapii i wychowania (Strykowska, 2011, s. 61). Najpierw osoba dorosła, pedagog, uznaje młodego człowieka za zaburzonego, niedostosowanego społecznie, a następnie tworzy sytuacje społeczne celem dokonania zmian w sposobie jego myślenia, postrzegania świata i społecznego funkcjonowania. Konieczna jest zatem terapia, gdyż w niektórych obszarach proces socjalizacji w odniesieniu do tych konkretnych jednostek zawiódł i przejawiają one trudne oraz zaburzone zachowania. Konieczne jest także przejście do tego procesu zasad wychowania, gdyż osobowości tych młodych ludzi wciąż się kształtują (Strykowska, 2011).

Do wspomnianych powyżej czynników decydujących o sukcesie wychowawczym pedagoga (Konopczyński, 2006) należy dołączyć jeszcze jego doświadczenie zawodowe. Składa się na nie ogół wiadomości zdobytych na podstawie obserwacji i przeżyć, znajomości życia, rzeczy i ludzi (Kosyrz, 2005). Może ono mieć charakter indywidualny i społeczny, instytucjonalny (np. w jakiejś placówce terapeutycznej, opiekuńczo-wychowawczej, resocjalizacyjnej) oraz pozainstytucjonalny (np. praca wychowawcza w środowisku). Bynajmniej nie chodzi tutaj o liczbę ukończonych kursów, szkół, studiów podyplomowych, uzyskanych certyfikatów, nawet nie o czas ich trwania, lecz o głębokość zaangażowania pedagoga w rozwiązywanie problemów wychowanków – jest to najistotniejsza cecha doświadczenia zawodowego.

Standardy kwalifikacji zawodowych opracowane przez Sekcję Socjoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego określają, że socjoterapeuta powinien być wyposażony w podstawową wiedzę z zakresu pedagogiki, psychologii ogólnej i rozwojowej. Powinien posiadać niezbędne informacje o procesach rozwojowych młodego człowieka, o jego relacjach z rówieśnikami, rodzicami. Szczególnego znaczenia nabiera poznanie mechanizmów i przyczyn leżących u podłoża zaburzonych zachowań, uzależnień. Formy pomocy i wsparcia dla dziecka i jego rodziców, znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, to kolejny obszar zainteresowań socjoterapeuty. Powyżej wymienionych obszarów pracy socjoterapeutycznej nie wystarczy znać, by służyły one rozwojowi innych osób, trzeba je jeszcze umieć wykorzystać w praktycznym działaniu<sup>7</sup>. Umiejętności socjoterapeutyczne (nawiązywanie kontaktu, diagnozowanie, projektowanie sytuacji korekcyjnych, stosowanie różnych metod pracy z młodzieżą, efektywne komunikowanie się, aktywne słuchanie, współpraca z innymi specjalistami) stanowią fundament, na którym terapeuta buduje swoje oddziaływania (Jagiela, 2009, s. 143–151).

Interesującą, moim zdaniem, kwestię poruszyła M. Ganczarska, a mianowicie sytuację konfliktu ról pomiędzy terapeutą a wychowawcą. Otóż socjoterapeutą może być wychowawca zatrudniony w placówce opiekuńczo-wychowawczej, resocjalizacyjnej. Chcąc zminimalizować nakładanie się na siebie dwóch ról, jakie pełni, w ciągu codziennej pracy z wychowankami powinien prezentować postawę pedagoga terapeuty, tzn. rezygnować z tych sposobów oddziaływania, które hamowałyby rozwój nieletnich lub/i wywoływały w nich ambiwalentne uczucia. Uczestnicząc w życiu placówki, wychowawca zna grupy wychowawcze, obserwuje pojawiające się sytuacje i ich następstwa, więc prowadzenie zajęć socjoterapeutycznych nie powinno stanowić problemu, z drugiej jednak strony musi szczególnie zadbać o obiektywizm w diagnozowaniu i projektowaniu oddziaływań. Z powyższymi trudnościami nie boryka się socjoterapeuta pojawiający się jako „osoba z zewnątrz”, nie stawia on też dzieci w sytuacjach wywołujących ambiwalencję, jest jednak uboższy o obserwację uczestniczącą, a tym samym możliwość dokładniejszego poznania wychowanków i ich potrzeb oraz atmosfery panującej w grupie wychowawczej. Wspomniana autorka słusznie zauważa, że adaptacja socjoterapii do warunków placówki zamkniętej nie jest łatwą sprawą i wymaga wypracowania kompromisu (Ganczarska, 2008, s. 73).

Powstaje zatem wątpliwość, kiedy można postawić znak równości pomiędzy kompetencjami socjoterapeutycznymi w pracy pedagogicznej i wy-

---

<sup>7</sup> Zdaniem Dawida W. Johnsona do zainicjowania, rozwinięcia i podtrzymania satysfakcjonujących i pełnych związków potrzebne są pewne podstawowe umiejętności określone jako interpersonalne, a dysponowanie nimi nie jest z góry dane i nie pojawia się „jakimś cudem”; trzeba się tego nauczyć (Johnson, 1985).

maganiem stawianymi przed profesjonalnymi socjoterapeutami?<sup>8</sup> Czy zasadne jest w ogóle stawianie tego typu pytań?

Chciałabym w tym miejscu odnieść się do badań przeprowadzonych wśród pracowników świetlic socjoterapeutycznych<sup>9</sup>, dotyczących ich kompetencji i postaw wobec pracy z dziećmi z rodzin alkoholowych. Zdecydowaną większość badanych stanowiły kobiety (90%), najczęściej pomiędzy 40–45 rokiem życia, legitymujące się wykształceniem wyższym. Wyniki wydają się być optymistyczne. 97% respondentów uznaje, że to, co robi, jest sensowne. Przekonani są o pożyteczności swojej pracy dla innych osób potrzebujących i usatysfakcjonowani z możliwości dawania drugiej osobie swojego wysiłku i opieki. Znajdują również przyjemność w spotkaniach z innymi ludźmi, możliwości poznawania drugiego człowieka i jego problemów. W codziennej pracy często towarzyszą im pozytywne stany emocjonalne, powiązane z osobistym zaangażowaniem w rozumienie problemów dziecka i poszukiwaniem dla niego rozwiązań oraz wynikające z tego zrozumienia współczucie. Obok nich pojawiają się także stany rozdrażnienia wskutek nieporadności osób z rodziny, które powinny zapewnić dziecku wsparcie, towarzyszy temu niepokój i przygnębienie. Za najbardziej niesprzyjające relacjom z dziećmi uznano uczucie potępienia dla jego rodziny, litość oraz chęć wyparcia ze świadomości wiedzy dotyczącej ich życia.

Wśród najbardziej demotywiających do pracy badani w pierwszej kolejności wymienili tzw. czynniki zewnętrzne, nie związane bezpośrednio z relacjami międzyludzkimi, takie jak: wadliwy system prawno-społeczny, brak zaplecza materialnego i technicznego, niesprzyjający stosunek społeczeństwa do problemów alkoholowych. Czynniki wewnętrzne w postaci poczucia bezradności, niskich kompetencji i satysfakcjonującego zorganizowania pracy wymienione zostały na ostatniej pozycji.

Niezwykle interesujący jest odnotowany w badaniach odsetek (ponad 24%) socjoterapeutów, których dzieciństwo uwikłane było w problemy al-

---

<sup>8</sup> Zakres wiedzy i umiejętności koniecznych do prowadzenia grup terapeutycznych i rozwojowych określają także amerykańskie profesjonalne standardy szkolenia trenerów i terapeutów grupowych (ASGW – *Association for Specialist In Group Work*, Corey, Corey, 1995, s. 73–74; warunki formalne oraz procedurę uzyskania certyfikatu socjoterapeuty normuje także Polskie Towarzystwo Psychologiczne Uchwałą Zarządu Głównego PTP z dnia 15 czerwca 2011 roku), uznając, że certyfikowany socjoterapeuta to osoba, która posiada wiedzę socjoterapeutyczną, w sposób profesjonalny potrafi prowadzić grupę socjoterapeutyczną, tzn.: postawić diagnozę socjoterapeutyczną, zaplanować oddziaływania oraz przeprowadzić zajęcia socjoterapeutyczne, przestrzega Kodeksu etyczno-zawodowego psychologa. Certyfikacja ma służyć profesjonalnemu rozwojowi środowiska socjoterapeutów, a także być gwarancją wysokich kompetencji zawodowych.

<sup>9</sup> Szerzej na ten temat: S. Nikodemka (2005).

koholowe rodziców oraz doświadczenia związane z przemocą domową. Bliżko połowie z nich trudno jest zapomnieć o tych sytuacjach w obecnym życiu. Pośrednio może mieć to związek z wyborem ich drogi zawodowej i może rzutować na prezentowane przez nich postawy wobec osób z zaburzeniami zachowania. Potwierdził to zresztą uzyskany w niniejszych badaniach psychologiczny obraz socjoterapeutów. Grupę tę można określić jako emocjonalnie zrównoważoną, z dobrym poziomem przystosowania społecznego, z dużą potrzebą eksponowania własnej osoby, potrzebą osiągnięć i sukcesów zgodnie z wysokimi standardami społecznymi. Cechuje ją wysoki poziom aspiracji, który – jak zostało to sformułowane w badaniach – realizuje wykorzystując „dziecięcy entuzjazm i spontaniczność”, a nie potencjał poznawczo-intelektualny.

Jednakże badania wykazały zdecydowanie niekorzystny portret psychologiczny dziecka zarysowany przez pracujących z nim socjoterapeutów. „Spostrzegają dzieci jako emocjonalnie i społecznie niedojrzałe o małej wrażliwości, egocentrycznie skupione na sobie, agresywne, roszczeniowe, mało zdolne, bez szans na zrealizowanie życiowych ambicji i aspiracji” (Nikodemka, 2005, s. 381–391). Jest to niepokojące i może wpływać na jakość relacji interpersonalnej z podopiecznymi oraz udzielane im formy pomocy. Poza tym może okazać się, że zdobyta wiedza na temat metod i technik pracy socjoterapeutycznej będzie niewystarczająca, jeśli nie będzie służyła dzieciom, a tylko i wyłącznie terapeutom (Nikodemka, 2005).

Konkludując, za odpowiedź na postawione wcześniej pytanie – bardziej wychowawca czy bardziej socjoterapeuta? – niechże posłuży niniejszy cytat: „refleksyjny praktyk: sposób funkcjonowania, który charakteryzuje wysoka samoświadomość i specyficzne podejście do postulatów teoretycznych. Wiedząc, iż teoria rzadko się nakłada na rzeczywistość, refleksyjny praktyk traktuje teorię jako źródło inspiracji do poszukiwania odpowiedzi na pytania praktyki. To osoba, która we właściwy sposób potrafi korzystać ze zdobytej i stale aktualizowanej wiedzy (nie tylko pedagogicznej); refleksji nad własnym doświadczeniem (w tym także użytecznością i zastosowaniem posiadanej wiedzy); intuicji i talentu” (Tripp, 1996, s. 29).

#### **4. Socjoterapia jednostek niedostosowanych społecznie w placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych**

Jednostki niedostosowane społecznie często nie odczuwają potrzeby zmiany, dlatego z reguły same nie wyrażają chęci przystąpienia i uczestnictwa w zajęciach mających na celu poprawę ich funkcjonowania społecznego, ich resocjalizację. Przyczyn może być kilka: brak dostatecznych informacji

o zajęciach, brak zaufania do osób prowadzących terapię, zasłyszane negatywne opinie o formie terapii, niedostrzeganie u siebie cech świadczących o potrzebie oddziaływań socjoterapeutycznych, niechęć do otwarcia się przed innymi osobami, obawa przed zdemaskowaniem „prawdziwego ja”, wyśmianiem itp. Wychowawcy, terapeuci pozostający z nimi w bezpośrednim, codziennym kontakcie powinni pracować nad wytworzeniem u nich motywacji do zmiany i gotowości do przyjęcia pomocy i wsparcia (Mudrecka, 2004, s. 35).

W placówkach opiekuńczo-wychowawczych, resocjalizacyjnych często jest wymóg uczestnictwa w socjoterapii, ale w takiej sytuacji wychowawcy, terapeuci powinni liczyć się, a nawet pozwolić na wyrażenie nieletnim uczuć związanych z tymże obowiązkiem. O ile nieletni mogą być „zmuszeni” do obecności na zajęciach, to nie jest to równoznaczne z uczeniem się. Dlatego doświadczony, wnikliwy socjoterapeuta podejdzie do takich problemów w sposób otwarty. Nie powinien zezwolić na opuszczenie przez wychowanka grupy, lecz wspierać go i dać czas na oswojenie się z terapeutą, grupą i samym sobą. W sposób rzetelny trzeba udzielić wychowankom informacji o istocie grupy, o jej celach, stosowanych metodach i technikach, o wyjątkach od zasady dyskrecji oraz o korzyściach płynących z aktywnego zaangażowania się w grupę (Schneider Corey, Corey, 2002, s. 34). „Zasada świadomej zgody, dobrowolności implikuje uświadomienie uczestnikom ich praw (a także odpowiedzialności) jako członków grupy” (Schneider Corey, Corey, 2002).

W placówkach zamkniętych terapeuci i cały personel pedagogiczny z reguły stają wobec dylematu: czy organizować zajęcia obowiązkowe dla wychowanków czy jednak pozostawić im prawo do decydowania o udziale w zajęciach? Jak podają znawcy problemu ani jedno, ani drugie rozwiązanie nie jest odpowiednie, co oznacza, że trzeba szukać rozwiązania pośredniego. W tym celu należy ustalić z grupą wychowanków pewne zasady. Na przykład przyjąć, że każdy z nich ma obowiązek uczestniczenia w trzech kolejnych spotkaniach i dopiero wówczas może podjąć decyzję o dalszym uczestnictwie. Pociąga to za sobą oczywiście ryzyko rezygnacji części wychowanków z dalszej pracy. Przyjmując jednak, że rolą terapeuty jest wspierać wychowanka, wskaże on mu profity płynące z pracy grupowej i skutecznie zachęci go do dobrowolnego uczestnictwa w terapii.

Rotacja wychowanków zarówno w obrębie placówek, jak i grup wychowawczych wymaga elastyczności i adaptacji do zmieniających się warunków tak od nieletnich, jak i od personelu pedagogicznego. Z jednej strony może wpływać na obniżenie spójności grupy i tym samym efektywności prowadzonych zajęć, z drugiej nie pozwala zaobserwować wychowawcom-

terapeutom poczynionych postępów w pracy wychowawczej i w pełni cieszyć się uzyskanymi dotychczas rezultatami (Ganczarska, 2008, s. 28).

Jak podnoszą M. Schneider Corey i G. Corey: „w grupie terapeutycznej działają potężne siły. Mogą to być siły konstruktywne, przynoszące pozytywne zmiany, ale uruchomienie ich zawsze niesie ze sobą pewne ryzyko”. Jest to niezwykle cenna uwaga nie tylko dla socjoterapeutów prowadzących grupy w placówce, ale dla całego personelu pedagogicznego. Niekorzystnym zjawiskiem, nad którym powinni czuwać socjoterapeuci, jest podział grupy na role, m.in. postawienie kogoś w roli kozła ofiarnego, działanie członka grupy pod presją innych, wrogość ze strony innych uczestników zajęć. Wśród nieletnich może dochodzić do budowania silnie ustrukturalizowanych grup nieformalnych, które w decydujący sposób będą wpływały na podejmowane przez nich decyzje. Ich uczestnictwo w tzw. drugim życiu zobowiązuje ich do przestrzegania zasad, które mogą stać w sprzeczności z tymi zaproponowanymi przez socjoterapeutów, jak na przykład unikanie kontaktu fizycznego z osobami spoza ich grupy czy publiczne okazywanie swoich słabości. Może zdarzyć się, że pod wpływem intensywnych przeżyć w grupie u wychowanka zostaną uruchomione pewne mechanizmy, które będą wpływały na podejmowanie przez niego nieprzemyślanych decyzji zmieniających nie tylko jego życie, ale także wpływających na życie innych, zmieniające jego funkcjonowanie w placówce. Już podczas samych zajęć może dojść do uwolnienia od dawna tłumionych emocji, między innymi bezpośrednie wyrażenie agresji może stanowić zagrożenie, fizyczny uraz innej osoby. O ile czasem może mieć to wartość terapeutyczną, to terapeuta musi znać sposoby skutecznego radzenia sobie z następstwami konkretnego ćwiczenia. Wychowankowie muszą mieć z kolei pewność, że mają możliwość wycofania się z zajęć, które budzą w nich poważne obawy<sup>10</sup>. Dlatego osoba prowadząca zajęcia powinna brać pod uwagę formy aktywności proponowane przez wychowanków, procedury socjoterapeutyczne powinny być dobierane w sposób, który nie stanowiłby zagrożenia utraty przez nich pozycji w hierarchii grupy nieformalnej (choć czasem może to też stanowić jeden z celów stosowanej procedury). Krótko mówiąc, wybór ćwiczeń socjoterapeutycznych, gier, zabaw powinien być adekwatny do stopnia dojrzałości psychicznej, emocjonalnej, możliwości intelektualnych uczestników oraz powinien uwzględniać zasady panujące w placówce. Musi to być podejście

<sup>10</sup> Każdy z uczestników terapii grupowej na samym początku powinien być poinformowany o możliwości wystąpienia u siebie różnych reakcji podczas kolejnych etapów socjoterapii. Rozpoznanie problemów i ich podłoża, zwiększenie samoświadomości może być niezwykle trudne i nieletni może sobie z tym nie poradzić. Należy go także przestrzec przed zbyt pochopnym podejmowaniem decyzji i unikaniem niebezpieczeństw. Dlatego też istotne jest przejście przez cały proces socjoterapeutyczny, a nie przerywanie go w trakcie.

elastyczne, rozumiane nie jako uległość wobec wychowanków, lecz niezbędne do wytworzenia atmosfery poczucia bezpieczeństwa i zaufania pomiędzy prowadzącym zajęcia i uczestnikami.

Zasadne jest, by terapeuta grupowy brał pod uwagę następujące wskazówki (Schneider Corey, Corey, 2002, s. 43–44):

- stosowane techniki grupowe muszą mieć cel terapeutyczny i podbudowę terapeutyczną;
- techniki grupowe stosuje się w celu wspomagania przyszłej pracy uczestnika zajęć nad sobą;
- technik grupowych nie używa się w celu rozniecenia emocji, lecz podjęcia pracy nad emocjonalnymi problemami; techniki grupowe pomagają uczestnikom doświadczyć uczuć dotąd tłumionych lub dopiero pojawiających się;
- techniki grupowe nie mogą być używane w celu ukrycia niekompetencji lub dyskomfortu prowadzącego; najlepiej stosować techniki, które się zna, samemu się doświadczyło, by wiedzieć, jaki będzie efekt danej interwencji;
- techniki grupowe muszą być wprowadzane w odpowiednim czasie i z wyczuciem;
- należy zrezygnować z technik grupowych, które okazują się nieefektywne.

Kwestią, której nie należy pomijać, w szczególności pracując z dziećmi, młodzieżą i tzw. grupami niedobrowolnymi, jest konieczność znajomości przez socjoterapeutów zagadnień etycznych, profesjonalnych i prawnych dotyczących oddziaływań grupowych. Istotne jest stosowanie w pracy z grupami zasady dyskrecji, świadoma zgoda uczestnika zajęć socjoterapeutycznych, ochrona jego dóbr, w niektórych sytuacjach potrzebna jest także zgoda rodziców nieletniego na udział w socjoterapii<sup>11</sup>.

Stosowne jest, by terapeuta posługiwał się kodeksem etyczno-zawodowym. Nie jest natomiast wskazane, by socjoterapeuta kierował się zasadą całkowitej swobody lub intuicją. Musi uświadomić sobie przejawy własnego nieetycznego postępowania, by w ten sposób zabezpieczyć się przed negatywnym wpływem na grupę. Dla początkujących socjoterapeutów obciąże-

---

<sup>11</sup> Socjoterapeuta może występować w roli osoby znaczącej dla dziecka, co może prowadzić do dyskomfortu w postrzeganiu z jednej strony rodziców, z drugiej zaś terapeuty jako osób znaczących. Tak więc zgoda na terapię ze strony rodziców może stanowić ułatwienie dla wszystkich stron zainteresowanych socjoterapią. Jednakże w przypadku nieletnich niedostosowanych społecznie często występuje sytuacja, w której rodzice albo odczuwają wstyd i zakłopotanie z powodu negatywnego zachowania swojego dziecka, albo ich relacje z dzieckiem pozbawione są więzi emocjonalnej i nie interesują się nim, siłą rzeczy nie można ich wówczas uznać za sprzymierzeńców w postępowaniu terapeutycznym.

nie stanowić może przekonanie o bezwzględnej konieczności udzielenia pomocy i znalezienia rozwiązania w każdej sytuacji, co wymaga dużo pokory, wytrwałości, a przede wszystkim doświadczenia. Poza tym nie wystarczy znać metody, techniki pracy z grupą socjoterapeutyczną, niezbędne do podjęcia działalności socjoterapeutycznej w placówce zamkniętej jest dokładne poznanie praw i zasad, jakimi się ona rządzi i specyfiki instytucji zamkniętej w ogóle.

Mając na uwadze komfort psychiczny uczestników zajęć grupowych, socjoterapeuta, by był skuteczny, nie może zapominać o własnym komforcie psychicznym. W kontakcie z młodzieżą z zaburzeniami zachowania musi liczyć się z szeregiem zachowań prowokacyjnych, wymuszających wręcz zwracanie uwagi na ich problemy, sprawdzających odporność psychiczną terapeuty i jednocześnie poziom akceptacji z jego strony. Poddawany różnym próbom ze strony nieletnich, związanych także z fazami oddziaływania terapeutycznego, dynamiką grupy, socjoterapeuta musi wykazać się szczególną czujnością i cierpliwością.

Sytuacją idealną jest, gdy zajęcia z młodzieżą odbywają się w atmosferze wzajemnej aprobaty, życzliwości, przy pełnej akceptacji terapeuty przez uczestników zajęć. W tym miejscu ponownie należy zwrócić uwagę na osobę prowadzącą zajęcia (o czym była mowa powyżej), czy jest nim socjoterapeuta czy formy oddziaływań socjoterapeutycznych wprowadzane są przez wychowawcę, który na co dzień opiekuje się grupą wychowanków? Efektywność zajęć grupowych w dużej mierze zależy jest bowiem od pozycji, jaką zajmuje prowadzący u wychowanków. Nawet jeśli udało mu się zachęcić nieletnich do udziału w zajęciach i stworzyć stałą grupę, to w sytuacji, gdy wychowawca nie jest lubiany i nie cieszy się szacunkiem z ich strony, ma nikłe szanse na osiągnięcie założonych celów terapeutycznych<sup>12</sup>. Najwięcej możliwości w sferze oddziaływań na nieletnich daje personelowi pedagogicznemu (w ogóle) akceptacja i życzliwość okazywana wychowankom, bez względu na historię ich życia, poziom demoralizacji czy też zaburzone zachowanie. Stwarza to możliwość zaspokajania potrzeb psychicznych, uznania i szacunku, które to decydują o poziomie poczucia własnej wartości,

---

<sup>12</sup> Liczne badania dotyczące obrazu i funkcjonowania pedagogów resocjalizacyjnych, na podstawie autopercepcji i opinii podopiecznych, jednoznacznie nakreślają wizerunek „idealnego, wzorowego wychowawcy”. Powtarzające się cechy to: wyrozumiały, sprawiedliwy, pomocny, organizujący ciekawe zajęcia wychowawcze, z poczuciem humoru (Z. Lorek); pedagog o „dobrym sercu”, uczciwy i chętny do rozmowy, życzliwy, stanowczy, wiarygodny, sprawiedliwy i wyrozumiały (J. Rejman); podejście do osób niedostosowanych społecznie powinno być podobne do „bezwartunkowego pozytywnego odniesienia”, które ma spowodować łatwiejsze otwarcie się drugiej osoby na własne problemy (W. Poznaniak). Szerzej na ten temat: Z. Lorek (1989); J. Rejman (1986); W. Poznaniak (1989).

stanowią składnik obrazu własnego „Ja”, a to z kolei wpływa na sposób postępowania tych młodych ludzi, ich zachowania, sukcesy i ponoszone porażki. W postępowaniu wychowawczym trzeba wziąć pod uwagę, że tzw. placówkowe dzieci odczuwają brak akceptacji i uznania zazwyczaj od wczesnego dzieciństwa i wiele z nich zdążyło już wytworzyć mechanizm obronny przeciwko kolejnym rozczarowaniom. Wymaga to od wychowawców dodatkowej wiedzy i umiejętności terapeutycznych<sup>13</sup>.

Zwrócenie uwagi na cechy odróżniające dzieci i młodzież przebywające w placówkach opieki całodobowej od dzieci przebywających w tzw. środowisku otwartym ma podstawowe znaczenie dla konstruowania i prowadzenia z nimi zajęć socjoterapeutycznych. „Mają one charakter strukturalizowanych spotkań grupowych, na które składają się odpowiednio dobrane gry, zabawy i ćwiczenia” (Sawicka, 2010, s. 20). Planując terapię grupową z dziećmi niedostosowanymi społecznie, należy wziąć pod uwagę pewne zalecenia w doborze metod/technik socjoterapeutycznych. Na samym początku powinny być one szczególnie atrakcyjne i uwzględniać zabawy ruchowe (cel: zachęta dla wychowanków, odreagowanie napięcia emocjonalnego, kanalizacja agresji), informacje dotyczące celu i rodzaju gier i zabaw powinny być przekazane wychowankom w sposób możliwie najprostszy, jasnym, komunikatywnym językiem (powód: problemy z koncentracją uwagi), w zajęciach powinna być wykorzystana duża liczba konkretnych przedmiotów potrzebna do realizacji danego ćwiczenia (cel: ułatwienie w nauce nowych umiejętności społecznych i zachowań), praca nad rozwojem umiejętności społecznych powinna być podzielona na etapy, powinna przebiegać w mniejszych grupach w celu szybszego, efektywniejszego ich przyswojenia (Potemska, 2010, s. 200–201). Kierowanie się powyższymi wskazówkami metodycznymi zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcia założonych celów terapeutycznych.

Reasumując, wdrożenie wychowanka do rzeczywistego współuczestniczenia w procesie zmiany swojego zachowania czy szerzej kształtowania własnej osobowości nie jest możliwe ani za pomocą szantażu pedagogicznego, ani też przy pomocy kar dyscyplinarnych, a jedynie poprzez akceptację, aprobatę i więź emocjonalną łączącą pedagogów i wychowanków. Organizując optymalne oddziaływania resocjalizacyjne w placówkach opieki całodobowej, należy mieć na uwadze osiągnięcie określonej ich skuteczności, mierzonej w kategorii realizacji zadań o charakterze wychowawczym, opiekuńczym i terapeutycznym (Węgliński, 2000, s. 45).

---

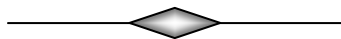
<sup>13</sup> Pedagodzy są zgodni co do faktu, że trudności wychowawcze młodzieży przebywającej w placówkach resocjalizacyjnych są na ogół ściśle skorelowane z poziomem niezaspokojenia potrzeb emocjonalnych (Potemska, 1999, s. 191–212).

## LITERATURA

- GANCZARSKA, M. (red.) (2008). *Socjoterapia wychowanków pogotowia opiekuńczego*. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- GÓRSKI, S. (1986). *Psychoterapia w wychowaniu*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- JAGIELA, J. (2009). *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*. Kraków: Rubikon.
- JOHN-BORYS, M. (2005). *Socjoterapia – jak zachodzi zmiana zachowania*. W: M. Deptuła (red.). *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- JOHNSON, D.W. (1985). *Umiejętności interpersonalne i samorealizacja*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTS.
- KARASOWSKA, A. (2011). *Uczeń z zaburzeniami zachowania. Budowanie strategii pracy w środowisku lokalnym*. [online] [http://www.ore.edu.pl/strona-ore/phocadownload/pracownie/specjalne\\_potrzeby/ucze%20z%20zaburzeniami%20zachowania.%20budowanie%20strategii%20pracy%20w%20rodowisku%20szkolnym.pdf](http://www.ore.edu.pl/strona-ore/phocadownload/pracownie/specjalne_potrzeby/ucze%20z%20zaburzeniami%20zachowania.%20budowanie%20strategii%20pracy%20w%20rodowisku%20szkolnym.pdf) [dostęp: 13.03.2012]
- KARŁYK-ĆWIK, A. (2008). *Rola, typy i zadania pedagogów resocjalizacyjnych a samoocena poziomu ich kompetencji zawodowych*. „Opieka, Wychowanie, Terapia”, 1–2.
- KONOPCZYŃSKI, M. (2006). *Teoretyczne podstawy metodyki kulturotechnicznych oddziaływań resocjalizacyjnych wobec nieletnich. Zarys koncepcji twórczej resocjalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- KONOPCZYŃSKI, M. (2008). *Metody twórczej resocjalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- KONOPCZYŃSKI, M., AMBROZIK, A. (red.) (2009). *Współczesne kierunki zmian w teorii i praktyce resocjalizacyjnej*. Warszawa: CMPPP.
- KOSYRZ, Z. (2005). *Osobowość wychowawcy. Być wychowawcą w zmiennych i dynamicznych warunkach życia społecznego*. Warszawa: Wydawnictwo Pedagogium WSPR.
- LOREK, Z. (1989). *Wzorowy wychowawca w opiniach wychowanków zakładów poprawczych*. „Szkoła Specjalna”, nr 3.
- MUDRECKA, I. (2004). *Z zagadnień pedagogiki resocjalizacyjnej*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- NIKODEMSKA, S. (2005). *Pracownicy świetlic socjoterapeutycznych. Ich portret psychologiczny, postawy wobec pracy i dzieci z rodzin alkoholowych*. W: M. Deptuła (red.). *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- OKOŃ, W. (1999). *Wszystko o wychowaniu*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- POTEMSKA, E. (1999). *Socjoterapia w całodobowych placówkach wychowawczo-resocjalizacyjnych*. W: K. Sawicka (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- POTEMSKA, E. (2010). „*Nasza grupa*” – program terapeutyczny. W: K. Sawicka (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- POZNANIAK, W. (1989). *Problemy etyki zawodowej w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. W: S. Kowalik (red.). *Optymalizacja interakcji w procesie usprawniania osób z dysfunkcjami fizycznymi i psychicznymi*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- PUŻYŃSKI, S. (1993). *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: PZWL.
- PYTKA, L. (1991). *Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne i metodyczne*. Warszawa.
- REJMAN, J. (1986). *Oczekiwania skazanych recydywistów od wychowawców zakładów karnych*. „Przeгляд Penitencjarny i Kryminologiczny”, nr 8(48).

- SAWICKA, K. (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- SCHNEIDER COREY, M., COREY, G. (1995). *Grupy. Zasady i techniki grupowej pomocy psychologicznej*. Warszawa: IPZiT.
- SCHNEIDER COREY, M., COREY, G. (2002). *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- SOBOLEWSKA, Z. (1993). *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć. Materiały pomocnicze dla uczestników szkolenia w zakresie socjoterapii*. Warszawa: OPTA.
- STRYKOWSKA, J. (2011). *Kompetencje socjoterapeutyczne w pracy pedagogicznej*. „Neodidagmata”, 31/32.
- STRZEMIECZNY, J. (1988). *Program zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci ze szkół podstawowych*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- SZEWCZUK, W. (red.) (1979). *Słownik psychologiczny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- TRIPP, D. (1996). *Zdarzenia krytyczne w nauczaniu. Kształtowanie profesjonalnego osądu*. Warszawa: WSiP.
- WĘGLIŃSKI, A. (2000). *Mikrosystemy wychowawcze w resocjalizacji nieletnich. Analiza pedagogiczna*. Lublin: UMCS.
- WYSOCKA, E. (2009). *Diagnoza w resocjalizacji. Obszary problemowe i modele rozwiązań w ujęciu psychopedagogicznym*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- ZIEMSKI, S. (1971). *Cykl działania zorganizowanego a diagnoza*. „Prakseologia”, nr 39-40.





## **Grupowa interakcja autobiograficzna – znaczenie socjoterapeutyczne**

### **Wprowadzenie**

Celem niniejszego artykułu jest prezentacja autorskiej metody pracy z grupą opartej na grze autobiograficznej Duccio Demetrio (1999) oraz wskazanie możliwości wykorzystania jej w pracy z grupą o charakterze socjoterapeutycznym. Socjoterapia postrzegana jest jako jedna z form pomocy psychologicznej (obok psychoterapii, psychoedukacji i treningu interpersonalnego); adresowana jest głównie do dzieci, młodzieży i odbywa się podczas (z wykorzystaniem) procesu grupowego (Strzemieczny, 1993; Sobolewska, 1993; Sawicka, 2010). Katarzyna Sawicka zalicza do celów edukacyjnych socjoterapii między innymi: uczenie się rozpoznawania emocji, poznawanie mechanizmów uzależnień, uczenie się technik pracy umysłowej, uczenie się pełnienia określonych ról (Sawicka, 2010, s. 15). Z kolei cele rozwojowe są ściśle powiązane z wiekiem uczestników i specyficznymi dla danego etapu rozwojowego potrzebami. W przebiegu procesu socjoterapii zbliża się do terapii grupowej i wykorzystuje między innymi następujące czynniki leczące: poczucie podobieństwa, dostarczanie wiedzy i informacji, uczenie społecznych umiejętności, naśladowanie, interpersonalne uczenie się, spójność grupy (Grzesiuk, 1994, s. 223–244).

Niniejsze opracowanie jest próbą wykazania, iż grupowa interakcja autobiograficzna, pojawiająca się podczas obwarowanej regułami „Gry autobiograficznej”, może stać się dla uczestników źródłem wiedzy autobiograficznej i przyczynić się do konstruktywnego i świadomego procesu zdobywania zasobów osobistych.

## 1. Zastosowanie konwencji gry w pracy z grupą

Skuteczność interwencji psychologicznych zarówno w działaniach terapeutycznych, jak i edukacyjnych (treningowych) polega przede wszystkim na wielkości transferu (Yalom, 1975 określa go „spiralą adaptacyjną”), który obserwujemy w warunkach naturalnego, codziennego funkcjonowania podmiotu. Wydaje się zatem, że im bliższe codziennemu doświadczeniu, bardziej dostępne, czytelne, zrozumiałe są dla pacjenta (klienta) proponowane zachowania (formy pracy, zadania), tym większa szansa na przeniesienie (transfer) tych zachowań w życie klienta. W wypadku socjoterapii znaczenie tego transferu jest jeszcze bardziej doniosłe. Głównym celem zajęć o charakterze socjoterapeutycznym jest bowiem wyposażenie uczestników (głównie dzieci i młodzieży) w kompetencje społeczne, a więc takie, które są przydatne w codziennym życiu oraz korekta tych zachowań, które codzienne życie utrudniają.

Wydaje się, że wykorzystanie w pracy z grupą, szczególnie tą o charakterze socjoterapeutycznym, konwencji gry jest uzasadnione i może mieć znaczenie zarówno edukacyjne, jak i terapeutyczne.

Po pierwsze, gra jest w potocznym rozumieniu formą zabawy. O tym, że zabawa była obecna w życiu człowieka od wieków (jeszcze przed kulturą) nie trzeba dziś nikogo przekonywać. *Homo ludens* to przecież człowiek, dla którego pierwotnym motywem działania, według Johana Huizingi, jest właśnie zabawa, gra i współzawodnictwo (Huizinga, 1967). Zabawy i gry zyskują w ostatnich latach na znaczeniu; lata 90. ubiegłego wieku przyniosły fascynację grami komputerowymi i fabularnymi grami RPG (Busse-Brandyk, Chmielewska-Łuczak, 2009), w Polsce od kilku lat działa Polskie Towarzystwo Badania Gier (PTBG), które w ramach stosunkowo nowej dziedziny nauki, zwanej ludologią, prowadzi badania naukowe i szerzy idee gier na różnych polach nauk humanistycznych i społecznych oraz w wymiarze praktycznym (patrz: [www.ptbg.org.pl](http://www.ptbg.org.pl)).

Proponowana w niniejszym opracowaniu gra ma jednak charakter konwencjonalnej gry, rozumianej jako faktyczne, realne spotkanie osób *face to face*, którzy bawiąc się i rywalizując ze sobą jednocześnie uczą się empatii, zasad współżycia społecznego, życzliwości i doświadczają odmierności. W proponowanej „Grze autobiograficznej” nie chodzi o to, by „zabawić się na śmierć” jak u Neila Postmana (Postman, 2002).

Po d r u g i e, gra ma znaczenie edukacyjne. Gra to zabawa oparta na regułach. Zabawa w swej czystej formie jest spontaniczna, swobodna, inicjowana przez dziecko (lub dorosłego, który też może się bawić) i wyznacza, zdaniem Lwa Wygotskiego, przestrzenie rozwoju dziecka (Wygotski, 1995).

Gra wymaga znajomości reguł i przez to nie jest już w pełni spontaniczna. Dzięki regułom może być ona jednak odtwarzana wielokrotnie w zbliżonym kształcie bez względu na kontekst i cechy uczestników. Gra to zabawa „na niby” (w odróżnieniu od pierwotnej formy, czyli „zabawy na serio”), wymagająca wyższego poziomu rozwoju poznawczego niż jej pierwotna forma. Lew Wygotski podkreślał w swych pracach, iż „rozwój od jawnej sytuacji <na niby> z ukrytymi regułami do gier z jawnymi regułami i ukrytą sytuacją <na niby> wyznacza dwa bieguny dziecięcej zabawy” (Wygotski, 1995, s. 75). Wprowadzenie reguł i ich przestrzeganie w ramach proponowanej „Gry autobiograficznej” ma zatem na celu nie tylko kontrolę nad przebiegiem procesu (ze strony prowadzącego), ale przede wszystkim wypracowanie wśród uczestników zachowań opartych o uwewnętrzniony imperatyw przestrzegania reguł i zasad ładu społecznego w ogóle (wypracowanie moralności pokonwencjonalnej).

Po trzecie, gra, szczególnie autobiograficzna, stwarza możliwość ujawnienia retrospektywnych autonarracji w celu dokonania korekty lub kompensacji potrzeb, które z różnych powodów nie mogły być zaspokojone w przeszłości, a także pozwala na antycypacyjne, projektujące wybieganie w przyszłość, co sprzyja budowaniu zasobów osobistych. Z tego punktu widzenia można mówić zatem także o jej terapeutycznym oddziaływaniu. Pozostawanie przez uczestników w grupowej interakcji powoduje pomnożenie liczby osobistych narracji, a przede wszystkim sprawia, iż uczestnicy mają szansę odkrywać podobieństwa w opowieściach innych osób. Z drugiej strony słuchanie opowieści innych osób o tematach, zdarzeniach, wspólnych rozwojowo zmianach daje naturalną możliwość konfrontacji i różnicowania doświadczeń, co ma znaczenie terapeutyczne (opowieści innych osób działają na podobnej zasadzie jak różnicujące interwencje terapeuty).

Według Marii Straś-Romanowskiej „osobista, czyli mała narracja (tekst osobowy), mająca określony styl [...] stanowi bogate źródło autentycznej, prawdziwej, bezpośredniej (niezapośredniczonej teoretycznymi konstrukcjami formułowanymi w gabinetach badaczy) wiedzy psychologicznej. Jest to wiedza o przeżyciowym, a zarazem podmiotowym wymiarze osobowości jednostki, o jej tożsamości (osobowej, społecznej, biograficznej), o sposobie interpretowania i wartościowania zdarzeń, relacji międzyludzkich, o drogach poszukiwania sensu życia i sposobach radzenia sobie z wyzwaniem losu, o tym, jak indywidualne rozumienie świata przekłada się na codzienne wybory i styl życia, a także, co szczególnie ważne, o przemianie rozumienia zdarzeń życiowych i o przemianie ustosunkowań wobec różnych dziedzin ludzkiej egzystencji, stanowiącej istotę osobowego rozwoju” (Straś-Romanowska, 2010, s. 23).

## 2. „Gra autobiograficzna” – opis metody

Proponowana w niniejszym artykule autorska metoda pracy z grupą została zainspirowana trzema niezależnymi źródłami: grą autobiograficzną „Zabawa na tle życia” Duccio Demetrio (1999), książką „Ukryty plan życia” autorstwa Michaela Mary i Henny Nordholt (2004) oraz, a może przede wszystkim, osobistymi doświadczeniami związanymi z uczestnictwem w projekcie „W osiemdziesiąt historii do-o-KOŁA ŻYCIA” autorstwa Urszuli Tokarskiej (Tokarska, 2011). Ze względu na konieczność dokonywania podczas gry retrospektywnych odwołań do własnej biografii oraz wybiegających w przyszłość hipotetycznych projektów rozwiązań biograficznych jest ona przeznaczona dla młodzieży i dorosłych (Maruszewski, 2005, s. 117–147).

Duccio Demetrio proponuje, by zachęcać siebie samego i innych do opowieści o własnym życiu. „Składanie w całość nieuporządkowanych fragmentów życia, okruchów przeszłości bez względu na to, czy miały one rzeczywiście miejsce, czy też stanowiłyby nigdy nieziszczone marzenie, stanowi jednocześnie źródło zabawy i wiedzy o nas samych – wspominając bowiem uczymy się ciągle czegoś nowego o sobie” (Demetrio, 1999, s. 13). Zadanie to wydaje się jednak bardzo trudne do zrealizowania w życiu codziennym; niełatwo bowiem podjąć trud uruchomienia wspomnień, nadania im znaczenia i jeszcze ułożenia z nich ciekawych dla odbiorców historii. Gra, którą proponuje Demetrio, ułatwia tę czynność. Może być ona bowiem formą gry towarzyskiej, sposobem zagospodarowania czasu na przykład podczas spotkania w gronie przyjaciół i bliskich znajomych (podobnie do gier planszowych typu chińczyk czy gier umysłowych, jak np. scrabble). Obecność innych osób działa zatem jak swoisty stymulator do aktywności autonarracyjnej (i choć, rzecz jasna, można swoje własne historie opowiadać tylko sobie samemu, to tracimy wówczas bezcenną możliwość konfrontacji i *feedback’u*) i stanowi dodatkowy bodziec (zachętę) do podjęcia próby zmierzenia się z własną historią życia.

Bez wątpienia ciekawą propozycję oglądu biegu życia człowieka przez pryzmat „mitu życia” proponują Michael Mary i Henny Nordholt (2004). Autorzy odwołują się do bogatej tradycji psychologii *life-span* oraz psychologii egzystencjalnej. Celem naszego życia jest według Mary’ego i Nordholt spełnienie, a prowadzi do niego indywidualna droga oparta nie tylko o jednostkowe marzenia, plany i cele, ale przede wszystkim o nieświadomy scenariusz nazywany „mitem życia”. „Mit życia ujmuje to, co ma się w życiu danego człowieka urzeczywistnić, to, po czym człowiek obiecuje sobie szczęście i spełnienie. Każdy człowiek ma własny mit, gdyż indywidualna historia każdego życia rodzi odmiennie marzenia i cele. Nie ma dwóch identycznych scenariuszy życiowych” (Mary, Nordholt, 2004, s. 15).

Ponadto autorzy wprowadzają podział biegu życia człowieka na okresy, a każdemu z nich przypisują tzw. postaci przewodnie. Okresów jest osiem (podobnie jak w znanej powszechnie koncepcji rozwoju psychospołecznego Erika Eriksona, 1997), wyznaczają je kolejne dekady, w których człowiek ma do wypełnienia pewne zadania (zbliżone do zadań rozwojowych wyróżnionych przez Roberta Havighursta, 1957) i towarzyszy mu w tym „postać przewodnia”, inna na każdym etapie. W okresie pierwszych dziesięciu lat (0–10 roku życia, dalej r. ż.) mamy do czynienia z postacią DZIECKA, a zadaniem jest między innymi osiągnięcie orientacji w otaczającym świecie; to etap narodzin „mitu życia”. Kolejnych dziesięć lat (10–20 r. ż.) to etap rozglądania się za celami, któremu towarzyszy postać BUNTOWNIKA; dalej w okresie od 20. do 30. r. ż. wyruszamy w świat, podejmujemy decyzje o drodze zawodowej i swoim miejscu w społeczeństwie, a towarzyszy nam postać ODKRYWCY. Na przestrzeni następnej dekady (30–40 r. ż.) rozpoczyna się właściwa realizacja „mitu życia”, człowiek jest skoncentrowany na swoich celach i konsekwentnie je realizuje, temu etapowi towarzyszy postać CZŁOWIEKA CZYNU. Kolejny etap wymaga skupienia się na najważniejszych celach życiowych, pojawia się krytyczny ogląd dotychczasowych zdobyczy rozwojowych i swoista weryfikacja planów, związana z malejącymi siłami życiowymi – dekada ta obejmuje 40–50 r. ż., a towarzyszy jej postać KRYTYKA. Między 50. a 60. r. ż. następuje zwrot ku życiu wewnętrznemu w towarzystwie postaci przewodniej, którą jest MYŚLICIEL. Dla człowieka między 60. a 70. r. ż. przeszłość przestaje mieć dominujące znaczenie, przekracza on bowiem dotychczasowe granice (przede wszystkim porzuca wartości materialne) i zwraca się ku życiu wewnętrznemu (duchowemu). Następuje w tym okresie dopełnienie „mitu życia”, postać, która towarzyszy temu etapowi, nazywana jest CZŁOWIEKIEM PRZEMIENIONYM. Ostatni etap przypada na lata powyżej 70. r. ż., kiedy pojawia się postać CZŁOWIEKA SPEŁNIONEGO, która przynosi zgodę z samym sobą i poczucie cieszenia się życiem jako przygodą, podczas której wszystko może się przydarzyć. To czas spokoju, spełnienia i przygotowania na spotkanie ze śmiercią (Mary, Nordholt, 2004, s. 21–129) Wprowadzone przez Mary’ego i Nordholt nazwy kolejnych „postaci przewodnich” pozwalają na plastyczne zorganizowanie gry, w której kolejne pola będą nominowane właśnie tymi ośmioma postaciami.

Ostatnie źródło moich inspiracji to „narracyjna GRA (auto)biograficzna »W osiemdziesiąt historii do-o-KOŁA ŻYCIA«”. Jest ona „autorską propozycją kompleksowej – a zarazem otwartej – formy wspomagania rozwoju człowieka dorosłego [...]. Jej zadaniem jest udzielenie człowiekowi żyjącemu w warunkach współczesności pomocy w efektywniejszym radzeniu sobie z problemami własnego życia (*funkcjonowaniu* na poziomie psychospołecz-

nym, co stanowi cel większości praktycznych oddziaływań psychologicznych), jednak w ścisłym powiązaniu z umiejętnościami odnajdywania znaczenia i sensu indywidualnej drogi życiowej (*egzystowaniu* na poziomie osobowym) w uwspółcześnionej, interaktywnej formie nawiązującej do formuły zabawy i gry” (Tokarska, 2011, s. 219).

Na podstawie wskazanych źródeł oraz osobistych doświadczeń stworzyłam własną „Grę autobiograficzną”<sup>1</sup>, która składa się z 24 plansz (po trzy dla każdego etapu rozwojowego). Zadania sformułowane są w taki sposób, by prowokowały do opowieści o własnym życiu zawsze w kontekście grupowym. Grupa wspólnie wykonuje zadania, które ćwiczą charakterystyczne dla ośmiu wymienionych etapów rozwojowych kompetencje oraz wyposażają uczestników w bezcenne zasoby płynące ze słuchania opowieści innych osób na wspólne tematy.

Przed przystąpieniem do gry odbywają się zajęcia o charakterze warsztatowym, podczas których uczestnicy zapoznają się z koncepcją „mitu życia”. Poprzez serię wolnych skojarzeń i pracy w grupach z wykorzystaniem burzy mózgów uczestnicy tworzą portrety ośmiu „postaci przewodnich” odpowiadających kolejnym, opisanym powyżej etapom rozwoju „mitu życia” według Mary’ego i Nordholt. Pod wpływem stymulacji poznawczych, pytań i klaryfikacji prowadzącego wydobyte zostają cechy strukturalne i funkcjonalne owych postaci. Po zakończonych warsztatach uczestnicy proszeni są o przyniesienie na następne spotkanie przedmiotów reprezentujących każdą z ośmiu „postaci przewodnich” w ich życiu. Ze względu na zróżnicowany wiek uczestników, prowadzący musi liczyć się z pytaniami o reprezentacje postaci, które jeszcze nie są znane uczestnikom (jeszcze nie doświadczyli tego etapu rozwoju w swoim życiu). Odwołując się do koncepcji „mitu życia”, prowadzący wskazuje, że każda z tych postaci ma już swoją reprezentację, która być może już pojawiła się w różnych zachowaniach, myślach, marzeniach uczestników, a jeśli nie, to zachęca uczestników do wyobrażeniowego ćwiczenia, które pozwoli odkryć charakterystyczne cechy danej postaci w indywidualnych projekcjach uczestników. Ten moment wymaga od prowadzącego dużej otwartości, życzliwości, a jednocześnie świadomości celu, który ma zostać osiągnięty dzięki przyniesionym przez uczestników przedmiotom. Każdy z uczestników ma prawo zrozumieć instrukcję na swój osobisty sposób, zatem może także nie przynieść wszystkich przedmiotów. Ważne jest jednak zachęcenie do poszukiwania rozwiązania dla tego zadania, gdyż wokół tych przedmiotów organizowane są także zadania grupowe podczas gry.

---

<sup>1</sup> „Gra autobiograficzna” jest realizowana przeze mnie od kilku lat w ramach przedmiotu „Projektowanie rozwiązań biograficznych” i biorą w niej udział studenci III roku pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej.

Przebieg właściwej „Gry autobiograficznej” jest w pełni losowy, o kolejności zadań, ukrytych pod kolejnymi polami planszy do gry, decyduje rzut kostką. Uczestnicy przesuwają się o wskazaną przez kostkę liczbę pól i w ten sposób wybrane zostaje zadanie. Wszystkie zadania mają charakter grupowy. Podczas gry obowiązują zasady typowe dla zajęć grupowych ujęte w formie wypracowanego z uczestnikami kontraktu. Należy pamiętać o prymarnej zasadzie pracy z grupą, czyli dobrowolności uczestnictwa i przestrzegać reguły „stop” (każdy uczestnik ma prawo odmówić wzięcia udziału w ćwiczeniu bez podania przyczyny). Zadania sformułowane są w ten sposób, że odnoszą się do osobistych doświadczeń uczestników, dotyczą ich historii (czasem też historii grupy, w której uczestniczą) i wykorzystują różnorodne formy pracy z grupą (burza mózgów, elementy dramy, wizualizacje, praca w parach, pantomima)<sup>2</sup>.

Uczestnicy mają nie tylko możliwość prezentacji własnych doświadczeń biograficznych (aspekt autoterapeutyczny), ale także wysłuchania opowieści innych osób (aspekt interpersonalnego uczenia się, budowania zasobów), co stanowi główny cel prezentowanej metody. Danuta Lalak, odnosząc się do terapeutycznego wymiaru biografii, pisze: „Zainteresowanie życiem ma w istocie walor uniwersalny. Zrozumienie jego sensu i kierowanie własnym losem wymaga wskazówek, wiedzy i doświadczenia. Stąd zainteresowanie życiem innych ludzi i potrzeba porównywania go z własnym” (2010, s. 92). „Gra autobiograficzna”, która staje się grą grupową, pozwala zaspokoić ową potrzebę porównywania się z innymi.

### **3. „Gra autobiograficzna” wobec socjoterapeutycznych interakcji grupowych**

W wymiarze socjoterapeutycznym godną rozważenia kwestią wydaje się być w tym kontekście dobór osób do grupy, która będzie wspólnie uczestniczyła w „Grze autobiograficznej”. Czy rówieśnicy dostarczą sobie lepszych historii, poprzez zasadę podobieństwa doświadczeń czy może obecność osób w różnych momentach rozwojowych (na różnych etapach realizacji „mitu życia”) byłaby korzystniejsza i bardziej różnicująca dla uczestników gry? Wydaje się, iż istnieje dualność i jednocześnie swoista mobilność wyboru.

Pierwszym czynnikiem rozstrzygającym wskazany dylemat jest cel spotkań (rozumiany jako zakres interwencji prowadzącej grupę). Jeśli pod-

---

<sup>2</sup> Szczegółowy scenariusz zajęć jest autorskim projektem i nie był dotąd publikowany. Materiały mogą zostać udostępnione zainteresowanym osobom tylko w ramach indywidualnego kontaktu z autorką niniejszego artykułu.

stawowym celem pracy z grupą jest zróżnicowanie doświadczeń i dostarczenie nowych zasobów wiedzy i umiejętności, na przykład o sposobach rozwiązywania konfliktów interpersonalnych, wówczas wydaje się, iż wiek uczestników spotkań nie będzie różnicujący (możemy bowiem wyobrazić sobie, iż czternastolatek doświadczył w swoim życiu większej liczby sytuacji konfliktowych niż osoba dwudziestoletnia, nie jest także oczywiste, że starszy uczestnik grupy będzie bardziej kompetentny niż uczestnik młodszy zarówno w odniesieniu do własnych, jak i cudzych stanów emocjonalnych). Zatem kryterium wieku w tym wypadku nie stanowi istotnej zmiennej mogącej w jakikolwiek sposób zakłócać proces uczenia się poprzez doświadczanie historii współuczestników. Zadanie prowadzącego polegać winno jednak nieustannie na minimalizowaniu antagonizmów i uprzedzeń wynikających ze społecznych stereotypów.

Jeśli natomiast celem spotkań grupowych jest wytworzenie swoistej grupy wsparcia i w konsekwencji pomoc dla samopomocy (z uruchomieniem efektu kaskady)<sup>3</sup>, czynnik wieku (jako jeden z wyraźnych, widocznych na pierwszy rzut oka elementów podobieństwa) może odgrywać kluczową rolę w osiągnięciu założonego celu. Wiesław Sikorski, wskazując kryteria doboru osób do grup (przede wszystkim o charakterze terapeutycznym), pisze: „czynnikiem, który trzeba wziąć pod uwagę jest różnica wieku pomiędzy dziećmi. Zwykle nie powinna być ona większa niż jeden rok. Ostatecznie przesądzającym kryterium należy uczynić faktyczny poziom rozwoju dzieci. Przykładowo, gdy grupa ma być złożona z dwunastolatków, to trzeba wziąć pod uwagę, że dziewczynki mogą być znacznie dojrzalsze emocjonalnie niż chłopcy, u których może to rodzić lęk i poczucie zagrożenia, a w konsekwencji brak rzeczywistego zaangażowania w pracę grupy” (Sikorski, 2002, s. 20). Poczucie niepewności i zagrożenia w relacjach grupowych mogą być znaczącą przeszkodą w osiągnięciu poczucia bezpieczeństwa i wspólnoty w grupie wsparcia. Z drugiej strony różnice mogą przynosić pewną korzyść rozwojową. „Praktyka bowiem przekonuje, iż te różnice w rozwoju emocjonalnym mogą być często należycie kompensowane przez odmiennosc w sposobach zachowania” (Sikorski, 2002, s. 20). Z tego punktu widzenia „udział dzieci obojga płci w tej samej grupie sprzyja komplementarności, wzajemnemu, zwykle nieświadomemu wspieraniu i dopełnianiu się. Ostatecznie może zwiększyć to prawdopodobieństwo uczynienia z grupy wartościowego, dla przebiegu terapii, obszaru oddziaływań” (Sikorski, 2002, s. 20).

Drugim czynnikiem jest świadomość (a może bardziej gotowość) prowadzącego odnosząca się do dynamiki procesów grupowych. W pracy

---

<sup>3</sup> Na ten temat patrz: R. Cichocki (1996).

z grupą o charakterze terapeutycznym procesy grupowe mogą być, w mniejszym lub większym stopniu, wykorzystywane przez trenerów (terapeutów). Jak pisze Lidia Grzesiuk, istnieją trzy stanowiska w tej kwestii:

„(1) Procesy grupowe mogą być przez terapeutę ignorowane. Sposób traktowania procesów zachodzących w grupie wiąże się z modelem zaburzenia. Jeżeli zaburzenie widziane jest wyłącznie jako intrapersonalne, zwykle procesy grupowe nie bywają brane pod uwagę jako potencjalnie sprzyjające leczeniu jednostki. Takie stanowisko zajmuje klasyczna psychoanaliza, która w wydaniu grupowym bliska jest psychoanalizie jednostki w zespole.

(2) Procesy grupowe bywają także traktowane jako w znacznej mierze destruktywne ze względu na rozwój jednostki i dlatego należy je przeciążyć.

(3) Ostatnie stanowisko głosi, że zjawiska i procesy grupowe mogą być zarówno destruktywne, jak i konstruktywne z punktu widzenia celów terapii jednostki i dlatego warto, aby terapeuta umiejętnie je wykorzystywał. Wydaje się, że ten pogląd jest najbardziej rozpowszechniony” (Grzesiuk, 1994, s. 211).

Zastosowanie formuły gry jako metody organizującej pracę z grupą obliguje prowadzącego do świadomego i umiejętnego wykorzystywania procesów grupowych. Gra jako metoda pracy z grupą niesie też ze sobą znaczące zagrożenie. Otóż konwencja gry może być swoistym zaproszeniem do braku autentyczności. Grając, niejako udajemy, zatem nie ma poczucia odsłaniania się, ujawniania, wskutek czego możemy poczuć się bezpieczniej; konwencja gry może prowokować w uczestnikach odczucie bycia „nie-sobą”.

Jako trzeci czynnik należy rozważyć świadomą postawę trenera, który zwrócił uwagę na epigenetyczny charakter koncepcji „mitu życia” oraz traktuje grupowe interakcje autobiograficzne jako elementy leczące w pracy z grupą. Jak już powiedziałam, do czynników leczących w terapii grupowej zalicza się między innymi: poczucie podobieństwa, dostarczanie wiedzy i informacji, uczenie społecznych umiejętności, naśladowanie, interpersonalne uczenie się, spójność grupy (Grzesiuk, 1994, s. 223–244). Ponadto, jak w każdym rodzaju terapii, czynnikami leczącymi są także: wzbudzanie nadziei, altruizm, korektywne odtwarzanie rodziny pierwotnej, odreagowanie i czynnik egzystencjalny. (Grzesiuk, 1994, s. 223–244). Spróbujmy rozważyć, czy proponowana „Gra autobiograficzna” może stać się przyczynkiem do uruchomienia wybranych czynników.

W odniesieniu do czynnika polegającego na wzbudzaniu nadziei proponowana „Gra autobiograficzna” daje możliwość obserwowania uczestników grupy i dostarcza wielu informacji na temat sposobów rozwiązywania problemów wspólnych dla wszystkich uczestników (zapewnia to formuła przechodzenia przez normatywne etapy rozwoju i zmaganie się w ich trakcie

z typowymi, wspólnymi zmianami rozwojowymi). „Zauważenie takich zmian daje podstawy do przypuszczenia, że poszukiwanie nowych rozwiązań i wprowadzanie ich w życie jest możliwe” (Grzesiuk, 1994, s. 223). Wzbudzanie nadziei wśród uczestników grupy to ważne zadanie dla prowadzącego, który nie oceniając, życzliwie, w komunikatach bezpośrednich i w konstruktywnym feedbacku daje wsparcie i pokazuje wartości płynące z przeszłych doświadczeń.

Jeśli chodzi o poczucie podobieństwa, to wydaje się, iż ten czynnik został już wyczerpująco omówiony w niniejszym opracowaniu. Dodać należy, że osadzenie formuły „Gry autobiograficznej” w interakcji grupowej i wykorzystanie zadań, w których uczestnicy uzyskują nieustanną stymulację do dokonywania porównań i różnicowań doświadczeń własnych z doświadczeniami innych osób w tych samych momentach rozwojowych przynosi uspokojenie i poczucie bycia „podobnym”, a nie „innym”. Temu czynnikowi szczególnie sprzyjają zadania odnoszące się do pierwszych etapów rozwoju (DZIECKO, BUNTOWNIK), wykorzystujące przedmioty charakteryzujące wymienione postaci w życiu uczestników. Doświadczenie wskazuje, że uczestnicy po pierwsze przynoszą bardzo podobne przedmioty (np. maskotki dla okresu DZIECKA, papierosy dla okresu BUNTOWNIKA), po drugie zaś opowieści osobiste, które pojawiają się wokół zadań sprawiają, że uczestnicy dostrzegają swoistą uniwersalność doświadczeń i pogłębiają bliskość i spójność grupy, co jak wiadomo jest także czynnikiem leczącym w procesie terapeutycznym.

„Gra autobiograficzna” umożliwia także naśladowanie. Uczestnik, poprzez słuchanie opowieści innych osób, staje się „widzem”. Wsłuchiwanie się w historie, których nie jesteśmy bezpośrednimi bohaterami, może jednak prowadzić do procesu identyfikacji i działać podobnie do biernej biblioterapii (Molicka, 2002). Identyfikacja z bohaterem nie sprawia w takim kontekście trudności (szczególnie w grupach homogenicznych pod względem wieku czy płci), zyskujemy za to kompensację i zasoby do radzenia sobie z podobnymi sytuacjami w przyszłości lub też klucz do nadania znaczeń własnym przeszłym doświadczeniom.

Własna opowiedziana historia czy wysłuchana czyjaś historia w takim samym stopniu zatem mogą uruchomić silne emocje i doprowadzić do *katharsis*. Efekt grupowy takiego odreagowania jest zdecydowanie silniejszy niż podczas terapii indywidualnej, gdyż oprócz współprzeżywania z osobą wyrażającą trudne emocje (ale czasem też spontaniczną radość) uczestnicy zyskują umiejętność okazywania jej zrozumienia, wsparcia i akceptacji.

Wydaje się, iż z punktu widzenia niniejszych rozważań czynnikiem wymagającym szczególnej uwagi jest interpersonalne uczenie się i stopniowe uruchamianie „spirali adaptacyjnej” (Yalom, 1975). Jeśli proponowana

„Gra autobiograficzna” ma spełniać funkcję metody użytecznej w pracy z grupą socjoterapeutyczną, to prowadzący powinien zwrócić baczną uwagę na sposób udzielania informacji zwrotnych przez uczestników. Prowadzący jako model konstruktywnej komunikacji w ramach feedbacku jest także czujnym strażnikiem zasad, które wpisują się w reguły współpracy grupowej. Formuła gry umożliwia utrzymywanie kontroli bez ryzyka dyrektywności i sztywności ze strony prowadzącego. Poza tym zadania stawiane przed grupą w ramach „Gry autobiograficznej”, ze względu na ich rozwojowy wymiar (w sensie biegu życia), dają uczestnikom nie tylko możliwość weryfikacji i ewaluacji osobistych rozwiązań przyjętych przez nich w przeszłości (uczestnik, poprzez porównanie własnych rozwiązań biograficznych z rozwiązaniami innych, dokonuje pozytywnego lub negatywnego bilansu), ale przede wszystkim uzyskuje możliwość antycypacyjnego, wybiegającego w przyszłość, wyobrażeniowego projektu rozwiązań, które będą możliwe do wprowadzenia w życie. Obecność opowieści innych osób, które doświadczyły podobnych rozterek i dylematów, wsłuchiwanie się w cudze pomysły rozwiązań biograficznych staje się bezcenną skarbnicą potencjalnych możliwości wyboru ścieżki biograficznej w przyszłości. Świadczy to o sile interpersonalnego uczenia się poprzez „Grę autobiograficzną”.

Na zakończenie chciałabym jeszcze zwrócić uwagę na dwa czynniki, a mianowicie: korektywne odtwarzanie rodziny pierwotnej oraz tzw. czynnik egzystencjalny. Obydwa wymienione czynniki wskazywane są przez Irvina Yaloma (1975), nie są natomiast uwzględniane przez innych autorów (por. Grzesiuk, 1994, s. 225). Wydaje się, że proponowana „Gra autobiograficzna”, choć może wywołać w uczestnikach odniesienia do własnej rodziny pochodzenia (szczególnie w zadaniach odnoszących się do etapu DZIECKA) oraz uwzględnić czynnik egzystencjalny w postaci zmiany nastawienia uczestników do własnego życia i swoistych przewartościowań, to jednak należy w tym miejscu wyraźnie podkreślić, nie stanowi to celu proponowanych zajęć. Jednakowoż prowadzący jest zobligowany do kontroli tych czynników i w razie potrzeby odwołania się do interwencji indywidualnych.

## Zakończenie

Duccio Demetrio pisze: „Zważywszy, że zabawa jest fikcją, iluzją, rzeczywistością i fantazją, zatem każde doświadczenie o charakterze ludycznym traktować należy po części tylko poważnie, stąd też najbliższym zabawie gatunkiem literackim jest komedia, gdzie zadaniem autora jest łączenie rozrywki i powagi poprzez nadawanie biegu wydarzeniom dającym odprę-

zenie oraz trzymającym w napięciu w oczekiwaniu na epilog” (Demetrio, 1999, s. 9–10).

Proponowania w niniejszym opracowaniu „Gra autobiograficzna”, oprócz wskazanych powyżej zadań o charakterze edukacyjnym i terapeutycznym, ma dawać uczestnikom także poczucie zadowolenia, przynosić dobrą energię płynącą z radosnego bycia w grupie. Wspólna gra ma być także czasem przyjemności, do którego uczestnicy chętnie będą się odwoływać w dalszych etapach swojej biografii.

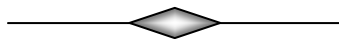
Wynikająca z uczestnictwa w „Grze autobiograficznej” możliwość uruchomienia autonarracji i skonfrontowania ich z opowieściami innych osób to wyjątkowa szansa na dokonanie strukturyzacji historii własnego życia oraz na pozyskanie zasobów zarówno emocjonalnych, poznawczych, jak i społecznych. Niniejsze opracowanie to zaproszenie do udziału w grupowej interakcji autobiograficznej (w dowolnie wybranej formie). Jestem przekonana, że tylko osobiste doświadczenie konfrontacji z własną historią życia ujęte w reguły gry stanowić mogą bezcenny zasób do uruchomienia w przyszłości kreatywnych, autorskich form pracy z grupą (nie tylko socjoterapeutyczną).

#### LITERATURA

- BUSSE-BRANDYK, A., CHMIELEWSKA-ŁUCZAK, D. (2009). *Narracyjne gry fabularne jako droga do nieświadomości*. „Homo Ludens”, 1, s. 61–73.
- CICHOCKI, R. (red.) (1996). *Podmiotowość społeczności lokalnych. Praktyczne programy wspomaganie rozwoju*. Poznań: MEDIA-G.T.
- DEMETRIO, D. (1999). *Zabawa na tle życia. Gra autobiograficzna w edukacji dorosłych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- DEMETRIO, D. (2000). *Autobiografia. Terapeutyczny wymiar pisania o sobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- ERIKSON, E.H. (1997). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Rebis.
- GRZESIUK, L. (red.) (1994). *Psychotherapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: PWN.
- HAVIGHURST, R.J. (1957). *Human development and education*. New York: Longmans.
- HUIZINGA, J. (1967). *Homo ludens. Zabawa jako źródło kultury*. Warszawa: Czytelnik.
- LALAK, D. (2010). *Życie jako biografia. Podejście biograficzne w perspektywie pedagogicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
- MARUSZEWSKI, T. (2005). *Pamięć autobiograficzna*. Gdańsk: GWP.
- MARY, M., NORDHOLT, H. (2004). *Ukryty plan życia. Jak poznać swój wewnętrzny scenariusz i znaleźć swoje miejsce w życiu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- MOLICKA, M. (2002). *Bajkoterapia: o lękach dzieci i nowej metodzie terapii*. Poznań: Media Rodzina.
- POSTMAN, N. (2002). *Zabawić się na śmierć: dyskurs polityczny w epoce show-businessu*. Warszawa: Muza.
- SAWICKA, K. (red.) (2010). *Socjoterapia*. Warszawa: Kompendium.
- SOBOLEWSKA, Z. (1993). *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć*. Warszawa: OPTA.

- STRAŚ-ROMANOWSKA, M. (2010). *Psychologia wobec małych i wielkich narracji*. W: M. Straś-Romanowska, B. Bartosz, M. Żurko (red.). *Psychologia małych i wielkich narracji*. Warszawa: Eneteia, s. 21–40.
- STRZEMIECZNY, J. (1993). *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży*. Warszawa: PTP.
- TOKARSKA, U. (2011). *Narracyjna GRA (auto)biograficzna „W osiemdziesiąt historii do-o-KOŁA życia” jako autorska forma wspomagania rozwoju człowieka dorosłego*. W: E. Dryll, A. Cierpka (red.). *Psychologia narracyjna. Tożsamość dialogowość pogranicza*. Warszawa: Eneteia, s. 219–239.
- WYGOTSKI, L.S. (1995). *Zabawa i jej rola w rozwoju psychicznym dziecka*. W: A. Brzezińska, T. Czub, G. Lutomski, B. Smykowski (red.). *Dziecko w zabawie i świecie języka*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo, s. 67–88.
- YALOM, I.D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books Ins. Publ. <[www.ptbg.org.pl](http://www.ptbg.org.pl)> [dostęp: 10.08.2012].





## **Możliwości wykorzystania elementów *coachingu* w pracy socjoterapeutycznej**

### **Wprowadzenie**

Ponowoczesny świat, nieustannie się zmieniający, a więc płynny i niestały, stawia nauce wyzwanie, jakim jest dostosowanie sposobu prezentowanej wiedzy oraz idących za nią metod i technik do współczesnej szybkości życia i jego intensywnego tempa. Coraz więcej w literaturze przedmiotu pisze się o schyłku terapii długoterminowych, o maksymalizacji efektywności prowadzonych procesów pomocowych, a także o mierzalnej ewaluacji, obrazującej skuteczność podejmowanych działań. Szkolenia, kursy, dostępne w kulturze *instant* również w skrótowej formie, w przysłowiowej pigułce, przez Internet, przyczyniają się do ukształtowania w jednostce poczucia, że można szybko i skutecznie, trwale działać – mimo że bez zrozumienia mechanizmów i procedur. Przyglądając się zachodzącym zjawiskom, można wysunąć dwie główne hipotezy. Pierwszą – pesymistyczną, przewidującą udział w szeroko rozumianym procesie niesienia pomocy przeciętnie wykwalifikowanych osób, posługujących się przypadkowym zbiorem metod i technik, bez usystematyzowanych koncepcji w tle, działających zgodnie z procedurą, lecz bez znajomości procesu. Druga hipoteza skłania do bardziej optymistycznego spojrzenia na kwalifikacje i kompetencje profesjonalnych „pomagaczy”. Duża oferta szkoleń w zakresie danych nurtów i szkół terapeutycznych, a także metod i technik pracy zwiększy możliwość wyboru, a przez to wpłynie na optymalizację planowanych działań terapeutycznych tak, aby wybierając najlepsze formy pracy, przyczynić się do możliwie najbardziej trwałej i relatywnie szybkiej poprawy funkcjonowania jednostki. W tym wypadku jednak konieczne jest poznanie i przeanalizowanie dostępnych ofert szkoleniowych, edukacyjnych oraz – kiedy to potrzebne – umiejętność dokonania twórczej integracji.

Celem niniejszego artykułu jest odpowiedź na pytanie, czy można – a jeśli tak to w jaki sposób – zastosować metody i techniki wykorzystywane w pracy coachingowej na gruncie socjoterapii. A zatem, jak dokonać celowej, przemyślanej i zgodniej z dotychczasowym stanem wiedzy integracji.

## 1. Socjoterapia i *coaching* – podstawowe definicje i pojęcia

W literaturze przedmiotu znaleźć można wiele definicji socjoterapii (Sawicka, 1993, 2004). W zależności od przyjętej perspektywy, socjoterapia traktowana jest jako forma pomocy psychologicznej i psychologiczno-pedagogicznej (por. Sawicka, 2004) albo metoda oddziaływań stosowana w udzielaniu pomocy – samodzielna lub też stanowiąca część oddziaływań psychoterapeutycznych (Płuzyński, 1993) czy też terapii pedagogicznej (Skorek, 2005). Strzemieczny (1993) zalicza ją z kolei do grupy procesów korekcyjnych o charakterze leczniczym, polegających na stwarzaniu dzieciom odpowiednich warunków umożliwiających zaistnienie doświadczeń korygujących zaburzenia. Stosowana jest zawsze w formie grupowej. Adresatami oddziaływań socjoterapeutycznych pozostają dzieci i młodzież z problemami szkolnymi, nadpobudliwe, wyrządzające swoim zachowaniem liczne szkody (Jagięła 2007). W interesujący i obszerny sposób kwestie terminologiczne zostały przedstawione w artykułach B. Jankowiak i E. Soroko oraz E. Kasprek-Golimowskiej.

W niniejszej pracy przyjęto, że socjoterapia to zbiór metod profesjonalnego i systematycznego oddziaływania pomocowego, którego celem jest poprawa funkcjonowania psychospołecznego dzieci i młodzieży. Zmiana dokonuje się poprzez doświadczenie i nabywanie nowych zachowań, wskutek czego następuje zmniejszenie poziomu zaburzeń lub ich eliminowanie. Nowe, adaptacyjne zachowania powinny być stopniowo przenoszone w obszary poza placówką socjoterapeutyczną i w ten sposób testowane. A zatem proces socjoterapii obejmuje planowanie i realizację ustrukturalizowanych oddziaływań pomocowych (leczniczych, korekcyjnych, terapeutycznych a nawet *coachingowych*) oraz ich ewaluację. Podsumowując, celem tak podjętych działań ma być skorygowanie zaburzeń, zoptymalizowanie funkcjonowania psychospołecznego jednostki i osiągnięcie zdrowia.

Sawicka zaznacza, że „w socjoterapii dzieci i młodzieży bardziej istotną rolę odgrywa wzmacnianie osobowości młodych ludzi poprzez realizację celów rozwojowych i edukacyjnych niż docieranie do przeszłych doświadczeń i uświadamianie ich sobie oraz powiązanie z aktualnie występującymi wzorami zachowań” (Sawicka, 2004, s. 14). Takie rozumienie procesu socjoterapii upoważnia do podjęcia dyskusji nad zasadnością wykorzystania za-

łożeń *coachingu*, szczególnie grupowego, we wszystkich fazach procesu socjoterapii – oczywiście, uwzględniając i podkreślając znaczenie dotychczasowych założeń teoretycznych i wynikających z nich metod, technik i narzędzi pracy.

*Coaching* jako sposób pracy z człowiekiem lub grupą ludzi stał się w ostatnich latach bardzo popularny, można użyć nawet stwierdzenia, że modny (Elliott, 2012). Kiedyś zawężany do sportu i biznesu (Vickers, Bavi-ster, 2007; Szczepan, 2011), coraz częściej znajduje swoje zastosowanie w pracy nad rozwojem osobistym czy postawami rodzicielskimi (Miskimin, Stewart, 2011). Z tego też powodu pojawia się mnogość definicji, które określają *coaching* jako:

- „proces mający pomóc ludziom w osiągnięciu lepszych wyników działań” (Parsloe, 1998, s. 10);
- „odkrywanie, świadomość i wybór. Jest to skuteczne umożliwianie ludziom znalezienia własnych odpowiedzi, zachęcanie i wspieranie ich na drodze, którą podążają, gdy dokonują ważnych wyborów” (Whitworth i inni, 2010, s. 22);
- sztukę polegającą na ułatwianiu innym nauki, rozwoju oraz możliwości osiągnięcia sukcesu (Downey, 2003);
- proces pomagania ludziom i zespołom w wykonywaniu zadań w możliwie skutecznym sposób; obejmuje on wydobywanie mocnych stron ludzi, pomaganie w omijaniu wewnętrznych barier i ograniczeń w celu osiągnięcia osobistej doskonałości oraz ułatwienie im bardziej efektywnego funkcjonowania w zespole (Dilts, 2006).

Głównym celem *coachingu* jest pomoc ludziom w obiektywnym ustaleniu, gdzie znajdują się w chwili obecnej (stan obecny), a gdzie chcą się znaleźć w przyszłości (stan przyszły) oraz stworzenie planu, który pozwoli im przejść z punktu A do punktu B, minimalizując wysiłki i maksymalizując przyjemności (Blanchard, Homan, 2007). *Coaching* dotyczyć może każdej sfery ludzkiego życia, rozumianej w sposób szeroki – zawodowej lub osobistej, ale także zawężonej do konkretnych aktywności, na przykład sportu, sztuki czy rozwijania relacji interpersonalnych. W związku z tym można wyodrębnić wiele obszarów zastosowania *coachingu*.

Przyjmując za kryterium formy pracy, można wyróżnić:

- 1) *Coaching* indywidualny – polegający na pracy *coacha* z pojedynczym klientem;
- 2) *Coaching* grupowy – którego uczestnikami są osoby tworzące grupę, często niepowiązane wcześniej ze sobą (na przykład nie pracujące w tej samej organizacji); jednym z rodzajów *coachingu* grupowego jest *coaching* zespołowy (*team coaching*), polegający na pracy z osobami z tej samej organizacji.

Z uwagi na sposób prowadzenia *coachingu* i jego organizację wyróżnia się:

- 1) *Co-active coaching* – prowadzony przez *coacha*, który akcentuje wiarę w siłę i kreatywność klienta; relacje między uczestnikami procesu określa się mianem sojuszu;
- 2) *Coaching* wspierający – w którym zadaniem *coacha* jest pomoc klientowi w znalezieniu własnych rozwiązań;
- 3) *Coaching* dyrektywny – w którym *coach* spełnia rolę eksperta (Vickers, Bavister, 2007);
- 4) *Shadow coaching* – polegający na obserwacji pracy menedżera lub grupy menedżerów i wspólnej analizie wynikających z tego wniosków;
- 5) *Performance coaching* – prowadzony przez przełożonego dla podwładnego;
- 6) *Co-coaching* – sytuacja, w której równorzędni partnerzy świadczą sobie nawzajem usługi *coachingowe*;
- 7) *Auto-coaching*, czyli o *coachingu* samego siebie.

Biorąc pod uwagę obszary pracy i adresatów, można wymienić następujące rodzaje *coachingu* (por. <http://coaching.synapsis.pl/Rodzaje-coachingu-przeglad-terminologii/>):

- 1) *Coaching* biznesowy – dotyczący każdego obszaru związanego z funkcjonowaniem firmy, w tym między innymi: zarządzania, poprawy efektywności, kierowania personelem; jest adresowany do pracowników określonej organizacji, uwzględnia kontekst danej firmy; w ramach *coachingu* biznesowego wyróżnić można:
  - *coaching* menedżerski (*manager coaching*) – kierowany do kadry zarządzającej przedsiębiorstw (menedżerów),
  - *executive coaching* – odmiana *coachingu* menedżerskiego adresowana do najwyższej kadry kierowniczej (dyrektorów, prezesów firm),
  - *VIP coaching* – adresowany do osób o statusie VIP (np. polityków, członków elit finansowych, szefów wielkich firm),
  - *corporate coaching* – *coaching* biznesowy nastawiony na wspieranie organizacji (korporacji) w osiągnięciu określonych celów,
  - *leadership coaching* – ukierunkowany na rozwój kompetencji przywódczych,
  - *coaching* zawodowy (*professional coaching*, *career coaching*) – związany z rozwojem, karierą, dotyczący różnych grup zawodowych,
  - *coaching* ekspercki (*expert coaching*) – skupiony na specjalistycznej tematyce związanej z zawodem wykonywanym przez klienta,
  - *coaching* narzędziowy – skupiony na rozwijaniu konkretnych umiejętności;
- 2) *Coaching* życiowy (*life coaching*) – dotyczący rozwoju osobistego, kształtowania postaw i zachowań w kontekście celów, nad którymi

klient chce pracować; często mylony z doradztwem, mentoringiem lub psychoterapią z uwagi na poruszane tematy i obszar działania; w ramach *life coachingu* można wyróżnić:

- *performance coaching* – nastawiony na poprawę efektywności działania, osiągnięcie wyznaczonych celów,
- *unitive coaching* – odmiana *coachingu* życiowego, ujmującego jednostkę całościowo, holistycznie, oparty na psychologii Carla Gustava Junga, psychologii Gestalt, psychologii humanistycznej i filozofii egzystencjalnej,
- *coaching* integralny – oparty o teorie pisarza Kena Wilbera, zwolennika psychologii transpersonalnej,
- *somatic coaching*, w którym praca z klientem obejmuje również elementy pracy z ciałem.

Zaprezentowany podział jest tylko pewnym teoretycznym konstruktem, ponieważ wiele z powyższych form *coachingu* występuje łącznie lub wzajemnie się przenika. „Zatem pozorny *coaching* biznesowy bardzo często zmienia się w *coaching* życiowy, pracą z wartościami klienta, tym co dla niego ma sens w życiu, jest ważne, albo co daje mu szczęście. Często w biznesie ważniejsze staje się odnalezienie szczęścia w życiu, niż nabycie konkretnej umiejętności, czy też zdobycie wiedzy z danego obszaru” (Licznernski, 2011). Podsumowując, podstawowe założenia pracy *coachingowej* są wspólne w każdym rodzaju *coachingu*, różni je natomiast metoda, forma oraz sposób wykorzystania narzędzi.

## 2. Propozycje zastosowania *coachingu* w socjoterapii

Podsumowując niejako rozważania o *coachingu* i nawiązując do wynikających z nich implikacji dla socjoterapii, warto zaznaczyć, że w procesie socjoterapii szczególnie ważne wydają się założenia płynące z *life coachingu*, prowadzonego w formie grupowej, realizowanego zgodnie z założeniami *coachingu* wspierającego, *shadow coachingu*, *co-coachingu*, jak również *auto-coachingu*.

### 2.1. Etap diagnozy

Zgodnie z założeniami teoretycznymi, pierwszym etapem oddziaływania socjoterapeutycznego jest diagnoza typu zaburzeń zachowania dziecka. Polega ona na rozpoznaniu charakteru trudności dziecka i analizie zaburzeń jego relacji ze światem (Sobolewska, 1993; Strzemieczny, 1993; Sawicka,

2004). Diagnoza, dokonywana między innymi w poradniach psychologiczno-pedagogicznych czy w szkołach – przez zespoły wychowawcze, jest zazwyczaj diagnozą negatywną. Mimo licznych postulatów głoszonych przez psychologów i pedagogów o konieczności analizy potencjału ucznia i jego umiejętności, sposób pisania opinii i orzeczeń od wielu lat nie uległ zmianie. Przeciętny dokument tego typu koncentruje się na diagnozie trudności wychowawczych (w szkole i/lub domu), deficytach rozwojowych i poznawczych oraz zawiera ogólnie sformułowane zalecenia i wnioski.

Dziecko, na podstawie takiej opinii, decyzji nauczyciela, rzadko samych rodziców czy opiekunów, staje się uczestnikiem zajęć socjoterapeutycznych. Na tym etapie dokonuje się również diagnozy – sprzyja temu obserwacja dziecka podczas zajęć i czasu wolnego, wywiad z rodzicami lub nauczycielem. Jeden ze schematów postępowania przy ocenianiu zaburzeń zachowania i trudności dziecka znajduje się w pracach Strzemiecznego (1988, 1993). Nie negując wartości takiej diagnozy, warto jednak zwrócić się w kierunku nieco innego spojrzenia na ocenę sposobu funkcjonowania dzieci i młodzieży i uzupełnić ją o zasady *coachingowe*.

Propozycją zaczerpniętą z założeń *coachingu*, na etapie diagnozy i ustalania celów socjoterapii, jest:

- położenie istotnego nacisku na zasoby uczestnika procesu, eksplorowanie tego, co umie, podkreślanie tego, co wie, stawianie za przykład w tych sytuacjach, w których jest dobry; wzmocnione poczucie własnej wartości, skuteczności, wewnętrzsterowność zwiększa zaufania dzieci i młodzieży do samych siebie jako jednostek ważnych, mających coś do zaproponowania i kreatywnych;
- dokonanie przeformułowań dotychczasowych zachowań, co dokonuje się poprzez odnalezienie pozytywnych aspektów danego zachowania, zakłada pozytywne motywy, oferuje wyjaśnienia; przedefiniowanie pomaga ludziom poczuć się godnie, zachować poczucie własnej wartości, ułatwia komunikację, wyciszenie nieakceptowanych emocji oraz znalezienie wspólnych płaszczyzn porozumienia – choć wydaje się zabiegiem niezwykle prostym, trudno widzieć w przysłowiowej gadule osobę niezwykle towarzyską, a w dziecku nadpobudliwym istotę mającą dużo energii, pomysłów i zawsze skorą do pomocy;
- projektowanie sojuszu, a więc realistycznych rozwiązań dostosowanych do potrzeb i możliwości uczestnika, z uwzględnieniem kontekstu systemów, w których żyje jednostka;
- inspiracja do autodiagnozy (co TY chcesz zmienić? co byłoby potrzebne, aby to mieć?), przyzwolecie na kreowanie własnych celów, które będą zarówno możliwe, jak i pożądane do osiągnięcia oraz akceptacja faktu, że dzieci/młodzież są autorami planu działania, uwzględniającego ich sytuację osobistą.

Podejście takie przynosi efekty zbliżone do tych zakładanych przez model diagnozy psychospołecznej, która zgodnie z doniesieniami badaczy (por. Kowalik, Brzeziński, 2000) jest najbardziej wartościowym sposobem analizy problemu, ustalania rozwiązań oraz projektowania możliwych działań.

Reasumując, zastosowanie elementów *coachingu* podczas diagnozy przyczynić może się do następujących wymiernych korzyści:

1) dla bezpośredniego odbiorcy procesu (dzieci i młodzieży):

- uwolnienie od nadmiarowego i wielokrotnego analizowania sytuacji trudnych, a tym samym:
- uwolnienie od wtórnej stygmatyzacji, w wyniku tego:
- nie zostają utrwalone negatywne zachowania, a miejsce ma:
- skupienie na zasobach i sukcesach, co zwiększa szansę powtarzalności pożądaných zachowań, co więcej:
- diagnosta nie występuje tylko w roli eksperta, wskutek czego dziecko może poczuć się sprawcą i podmiotem działającym,
- uzgodnienia dotyczące zaleceń terapeutycznych, a także sposobu pracy dyskutowane z młodzieżą oraz czytelnie przedstawiane dzieciom idei pracy, zwiększają szanse sukcesu terapeutycznego.

2) dla specjalistów:

- możliwość wejścia w rolę przywódcy, *coacha* zamiast nadzorca, rodzica karzącego czy tak zwanego policjanta,
- obserwowanego zwiększenia zaangażowania odbiorców procesu,
- formułowanie definicji problemu (i propozycji metodyki pracy) w języku zrozumiałym dla otoczenia pacjenta i grona innych specjalistów, co ułatwia komunikację z przedstawicielami systemów, w których partycypują dzieci i młodzież.

Na zakończenie opisu tego etapu warto zaznaczyć, że większość dzieci i młodzieży wie, co robi źle, ale nie wie, jak to zmienić.

## 2.2. Etapy pracy grupy

Już sam sposób diagnozy wyznacza metodykę prowadzenia przyszłych zajęć socjoterapeutycznych. Jest ona ukierunkowana na zdrowie, nie na chorobę, na akcentowanie pozytywnych zmian i powtarzanie efektywnych zachowań, nie wielokrotną analizę trudności i zgłębianie deficytów. Akcentuje potencjał uczestnika oraz zachęca do samodzielnego poszukiwania optymalnych rozwiązań.

Wszystkie grupy, szczególnie terapeutyczne, przechodzą przez określone etapy rozwoju. W każdym z nich zachodzą specyficzne zjawiska oraz mają miejsce normatywne i nienormatywne trudności – dotyczące zarówno

uczestników, jak i prowadzących. W związku z tym konieczne jest zastosowanie odpowiedniej metodyki prowadzenia spotkań, w zależności od stadium rozwoju pracującego zespołu. Warto również pamiętać, że jednostka i grupa mogą mieć pewne cele wspólne, a inne osobiste. Z uwagi na temat niniejszego opracowania kwestia cyklu życia grupy została jedynie zasygnalizowana. W dalszej części przedstawione zostaną ogólne propozycje sposobu organizacji zajęć socjoterapeutycznych z zastosowaniem *coachingu*, bez uwzględniania dynamiki grupy. Więcej informacji dotyczących zasad pracy grupowej znaleźć można w pracach Corey, Corey (2002), Tryjarskiej (2006) i Vinogradov, Yalom (2007), a pracy w zakresie *coachingu* zespołowego w książce Clutterbuck (2009) oraz artykule Tulpa (2012).

Praca z grupami dzieci i młodzieży, z uwzględnieniem elementów *coachingu*, opiera się na celach wyznaczonych przez założenia socjoterapii: terapeutycznych, rozwojowych i edukacyjnych (Sawicka, 2004; Strzemieczny, 1988, 1993). Istotnym jest, aby w ich formułowaniu, doprecyzowaniu i sposobie ujmowania kontekstu społeczno-kulturowego skorzystać z założeń *coachingowych* oraz ukazać dzieciom i młodzieży ich użyteczność. Z uwagi na postać zajęć socjoterapeutycznych warto zastosować formę indywidualną na tle grupy. Interesującym pomysłem w *coachingu* zespołowym wydaje się być generowanie wspólnych elementów rozwiązań, potencjalnych możliwości, z których następnie każdy indywidualnie dokonuje wyborów i nad nimi pracuje. Zyskiem tak prowadzonego spotkania jest pośrednie angażowanie osób przejawiających opór lub nie do końca gotowych do aktywnego uczestniczenia w zajęciach. Poniżej zaprezentowane zostaną trzy najbardziej popularne modele, które można stosować w grupie.

1. Model GROW (pol. rosnąć, stawać się)

Model GROW to zgodnie z założeniami jego twórcy Whitmore'a (za: Vickers, Bavister, 2007) prosta sekwencja czynności, które wystarczy wykonać po kolei, aby skutecznie zrealizować plan.

G - (*goal*) cel spotkania

R - (*reality*) aktualna rzeczywistość, w której funkcjonuje adresat socjoterapii

O - (*options*) możliwości, wszystkie potencjalne rozwiązania

W - (*what will you do?*) plan pracy, kolejny krok

2. Model RESOLVE (pol. rozwiązać, postanowić) - wykorzystywany do tworzenia indywidualnych procesów zmiany, na podstawie modelu siedmiu kroków Bolstada (Bolstad, 2002).

R - (*resourceful state*) stan zasobny, zaradny, w którym powinien znajdować się prowadzący (pierwotnie coach, w tym wypadku socjoterapeuta), aby efektywnie rozpocząć prace z klientem,

E - (*establish rapport*) nawiązanie relacji z uczestnikiem procesu,

- S - (*specify outcome*) wyznaczenie celu, wyniku pracy, który jest mierzalny i osiągalny,
- O - (*open up model of word*) przygotowanie jednostki do otwarcia na nowe opcje, bardziej użyteczne strategie, testowanie zaangażowania w zmiany,
- L - (*leading to desire state*) zmiana dotychczasowych strategii w celu osiągnięcia określonego rezultatu,
- V - (*verify change*) uświadomienie sobie przez jednostkę zaistnienia zmiany,
- E - (*ecological exit*) ekologiczne zakończenie zakładające, że uczestnik procesu zastosuje nową strategię.

### 3. Model S.C.O.R.E (pol. wynik, zdobyć punkty)

Opracowany przez Diltsa i Epsteina (<http://www.nlpu.com/Patterns/pattern6.htm>) dla celów terapeutycznych model S.C.O.R.E. składa się z pięciu elementów, które należy znać, aby przeprowadzić dowolny proces zmiany. Równoległe z opisem modelu zaprezentowano przykładowe pytania, użyteczne w pracy socjoterapeutycznej (na przykład w sytuacji, gdy dziecko mówi, że chodzi po klasie w szkole).

- S - symptomy, czyli na czym polega problem: Jak to konkretnie wygląda? Co robisz? Co chcesz zmienić?
- C - (*Causes*) przyczyny stanu obecnego: Jak sądzisz, czym Twoje zachowanie jest spowodowane? Po co to robisz?
- O - (*Outcome*) cele, rezultaty, które uczestnik procesu socjoterapii chce osiągnąć: Co chciałbyś zmienić? Jak ma być? Jak będzie to wyglądało? Jak będziesz na lekcji siedział w ławce? Skąd będziesz wiedział, że to dobry moment, aby zacząć nowe - wybrane przez Ciebie zachowanie? Czy jest to teraz możliwe do zrobienia? Czy to nowe zachowanie zależy tylko od Ciebie, czy jeszcze od kogoś? Czy kiedyś w przeszłości już się tak zachowywałeś (siedziałeś w ławce)? Jak to kiedyś robiłeś, że to Ci się udało?
- R - (*Resources*) zasoby, które pozwolą uczestnikowi dostrzec skuteczne rozwiązanie: Czego byś potrzebował, aby siedzieć na lekcji? Co by Ci pomogło? Co musiałbyś myśleć o sobie? Jaka Twoja umiejętność może być pomocna, żeby siedzieć w ławce? Jaka Twoja cecha charakteru pomoże Ci siedzieć w ławce? Kto jeszcze mógłby Ci w tym pomóc? Co jeszcze może Ci pomóc?
- E - (*Effects*) skutki, które nastąpią po osiągnięciu celu, pozytywne i negatywne konsekwencje. Co zyskasz siedząc na lekcji w ławce? A Co stracisz? Kto pierwszy zauważy tą zmianę? Jak będziesz się wtedy czuł?

W literaturze przedmiotu (Vickers, Bavister, 2007; Rogres, 2010; Whimworth i inni, 2010) znaleźć można opisy wielu użytecznych narzędzi *coachingowych*, a ich szczególne zastosowanie w pracy z dziećmi znajduje się w pozycji Miskimina i Stewart (2011).

### 2.3. Etap ewaluacji

Stosowanie metod *coachingowych* w socjoterapii przyczynia się do szybkiej oceny użyteczności zaadaptowanych modeli i umożliwia, jeśli to konieczne, natychmiastowe wprowadzenie zmian. Bezpośrednim wskaźnikiem miary sukcesu jest zmiana zachowań dzieci i młodzieży, która następuje w indywidualnym tempie. W celu dokonywania autoewaluacji przez samych socjoterapeutów warto stworzyć arkusz oceny, w którym będą uwzględnione następujące obszary:

- 1) Sposób organizacji i przebiegu zajęć, ich użyteczność dla uczestników (w tym trafność metod, technik i narzędzi pracy; zgodność prowadzonych zajęć z wcześniejszymi założeniami);
- 2) Osobisty poziom wiedzy, umiejętności i kompetencji, w tym umiejętność aktywizacji i inspirowania dzieci i młodzieży do własnych poszukiwań;
- 3) Umiejętność pracy w zespole, sposób komunikowania się ze współpracownikami, przełożonymi, z odbiorcami zajęć socjoterapeutycznych, współpraca ze środowiskiem lokalnym, rodzicami.

### Zakończenie

Celem artykułu było ukazanie możliwości zastosowania procedur wykorzystywanych w *coachingu* w procesie socjoterapii. Jedną z najbardziej kluczowych spraw wydaje się być poszerzenie, dokonywanej na potrzeby pracy z dziećmi, diagnozy o mocne strony funkcjonowania jednostki i jej zasoby. Spojrzenie na dzieci i młodzież z perspektywy wzmacniania potencjału i adaptacyjnych zachowań, a więc salutogenetycznie, pomaga zarówno samym odbiorcom zajęć socjoterapeutycznych, jak i osobom je prowadzącym skoncentrować się na rozwoju, na tym, co można zmienić. Osoby pracujące metodyką *coachingową* często zwracają uwagę na fakt, że dotarcie do pierwotnej przyczyny zaburzeń jednostki nie jest możliwe, a analiza nieadaptacyjnych zachowań nie jest jednoznaczna z nabywaniem społecznie pożądanych i użytecznych umiejętności. W związku z tym propagatorzy *coachingu* koncentrują się na teraźniejszości i przyszłości oraz w większym stopniu na

zachowaniach niż emocjach. Takie postrzeganie procesu pracy z klientem zgodne jest również z założeniami leżącymi u podstaw socjoterapii.

W pracy przedstawiono też trzy modele *coachingu*, które wydają się być najbardziej użyteczne w pracy z dziećmi i młodzieżą. Ich zastosowanie w formie grupowej jest możliwe w kilku wariantach. W pierwszym, w ramach pracy całego zespołu nad jedną wspólną kwestią, generowania rozwiązań i planów pracy, z których każdy uczestnik wybiera to, co najbardziej mu odpowiada. W drugim, poprzez rozmowę z jednym z podopiecznych, którego wspierają pomysłami inne osoby z grupy, aby on następnie mógł dokonać samodzielnego wyboru pasujących opcji. Wreszcie w trzecim, do pracy indywidualnej na tle grupy, której uczestnicy przysłuchują się dialogowi socjoterapeuty z jedną osobą, co z uwagi na podobieństwo problemów i trudności w pewnych grupach jest niezwykle użyteczne.

Podsumowując, warto stwierdzić, że w procesie tak organizowanej socjoterapii konieczne są wysoko rozwinięte kompetencje prowadzącego, a użyteczne ustawiczna autoewaluacja i dalsze kształcenie.

## LITERATURA

- BLANCHARD, S., HOMAN, M. (2007). *Coaching, poznaj tajniki sukcesu*. Gliwice: Wydawnictwo OnePress.
- BOLSTAD, R. (2002). *RESOLVE: A New Model OF Therapy*. Crown House Publishing.
- CLUTTERBUCK, D. (2007). *Coaching zespołowy*. Poznań: Wydawnictwo REBIS.
- COREY SCHNEIDER, M., COREY, G. (2002). *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- DEMBKOWSKI, S., ELDRIDGE, F., HUNTER, I. (2010). *Coaching kadry kierowniczej*. Warszawa PWN.
- DILTS, R. *The NLP Pattern of the Month: Somatic Syntax*. [online] <http://www.nlpu.com/Patterns/pattern6.htm> [dostęp: 20.06.2012].
- DILTS, R. (2006). *Od przewodnika do inspiratora*. Warszawa: Wydawnictwo PINLP.
- DOWNEY, M. (2003). *Effective coaching*. Nowy Jork: TEXERE [online] <http://pl.shvoong.com/business-management/management/1634211-definicje-coachingu/> [dostęp: dn. 20.06.2012].
- ELLIOT, S. (2012). *2012 ICF Global Coaching Study Reveals True Size of a Growing Industry*. [online] <http://www.coachfederation.org/about-icf/press-room/> [dostęp: 3.07.2012].
- JAGIEŁA, J. (2007). *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*. Kraków: Rubikon.
- KOWALIK, S., BRZEZIŃSKI, J. (2000). *Diagnoza kliniczna*. W: H. Sęk (red.). *Spółeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- LICZNEKSKI, D. (2011). *Rodzaje coachingu*. [online] <http://blog.dariusz-licznernski.pl/2011/07/18/rodzaje-coachingu/> [dostęp: 01.07.2012].
- MISKIMIN, D., STEWART, J. (2011). *Coaching rodzicielski*. Warszawa: Wydawnictwo SWPS „Academica”.
- PARSLOE, E. (1998). *Coaching i mentoring*. Warszawa: Wydawnictwo Petit.
- PLUŻYŃSKI, S. (1993). *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: PZWL.
- SAWICKA, K. (1993). *Rozwój autokontroli emocjonalnej. Program socjoterapii dzieci agresywnych*. Warszawa: IPSiR.

- SAWICKA, K. (2004). *Socjoterapia – proces i metoda*. W: K. Sawicka (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- SKOREK, E.M. (2009). *Z logopedią na ty – podręczny słownik logopedyczny*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- STRZEMIECZNY, J. (1988). *Program zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci ze szkół podstawowych*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- STRZEMIECZNY, J. (1993). *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo PTP.
- SZCZEPAN, M.M. (2011). *Historia coachingu*. [online] <http://www.treco.pl/wiedza/artykuly-szczegoly/id/771/historia-coachingu/> [dostęp: 03.07.2012].
- TRYJARSK, B. (2006). *Psychoterapia grupowa*. W: L. Grzesiuk (red.). *Psychoterapia praktyka*. Podręcznik akademicki. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury ENETEIA.
- TULPA, K. (2012). *Coaching organizacyjny*. W: J. Passamore (red.). *Coaching doskonały. Przewodnik profesjonalisty*. Warszawa: Wydawnictwo MUZA SA.
- VICKERS, A., BAVISTER, S. (2007). *Coaching. Zarabianie przez rozmawianie. Nowa ścieżka kariery dla ludzi, którzy lubią ludzi*. Gliwice: Wydawnictwo HELION.
- VINOGRADOV, S., YALOM, I. (2007). *Psychoterapia grupowa. Krótki przewodnik dla terapeutów*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- WHITWORTH, L., KIMSEY-HOUSE, K., KIMSEY-HOUSE, H., SANDAHL, P. (2010). *Coaching koaktywne: umiejętności wspierające sukces klienta*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer Business. [www.coaching.synapsis.pl/Rodzaje-coachingu-przeglad-terminologii/](http://www.coaching.synapsis.pl/Rodzaje-coachingu-przeglad-terminologii/) [dostęp: 01.07.2012].



# Techniki relaksacyjne w socjoterapii – perspektywa uczestnika i terapeuty

## 1. Uczestnicy zajęć socjoterapeutycznych

Socjoterapia definiowana jest jako metoda leczenia zaburzeń zachowania i niektórych zaburzeń emocjonalnych w toku spotkań grupowych (Sawicka, 1999, s. 10). Ma ona na celu korygowanie urazowych sądów poznawczych, usztywnionych wzorców reagowania emocjonalnego oraz zaburzeń zachowania. Cele socjoterapii realizowane są za pomocą różnorodnych metod. Jednym z ważnych czynników leczniczych jest tu *katharsis*, czyli odreagowanie emocjonalnych napięć oraz uczenie się nowych i skutecznych umiejętności psychologicznych (Jagięła, 2007, s. 25).

Odbiorcy programów socjoterapeutycznych to osoby, które charakteryzują problemy emocjonalne i zaburzenia zachowania. Złożony zespół wskaźników behawioralnych i emocjonalnych obejmuje najczęściej przemoc wobec otoczenia i skierowaną ku sobie, nadpobudliwość, impulsywność, labilność emocjonalną, jak też trudności interpersonalne i szkolne (por. Sawicka, 2006; Stephens, Sachin, KiOh, 2010). Socjoterapia dotyczy również drugiego bieguna objawów. Jest ona ukierunkowana na osoby nieśmiałe, bierne społecznie, o obniżonym poczuciu własnej wartości i zwiększonym samokrytycyzmie.

Proces socjoterapeutyczny polega przede wszystkim na rozładowaniu napięć poprzez różne formy aktywności, które umożliwią ujawnienie blokowanych emocji w toku zajęć grupowych. Czynnikiem zmiany są w dużej mierze pozytywne stany pobudzenia. Jak podkreśla Sawicka, pozytywne emocje, które powstają podczas spotkań terapeutycznych, analizowane i pielęgnowane, mogą wnikać w strukturę „Ja” rozwijającego się człowieka czyniąc go bardziej odpornym na wszelkie negatywne wydarzenia i chroniąc przed wiktyimizacją. Doświadczaniu emocji o pozytywnym znaku po-

winną towarzyszyć odreagowanie emocjonalne. W warunkach terapeutycznych odreagowaniu emocjonalnemu służy przede wszystkim możliwość wyrażenia swojego bólu w formach bezpośrednich (na przykład w rozmowie) oraz w formach pośrednich (rysunek, opowiadanie, bajka) w życzliwej i bezpiecznej atmosferze. Gromadzona energia może także znaleźć swe ujście w zabawie, w wykonywaniu zadań grupowych, w śmiechu, płaczu oraz w różnej aktywności charakterystycznej dla danego etapu rozwojowego. Redukcji napięcia służą także techniki relaksacyjne (Sawicka, 2006, s. 67).

## 2. Osoba prowadząca zajęcia socjoterapeutyczne

Stopniowo dostrzega się coraz większe znaczenie kompetencji emocjonalnych nauczycieli (terapeutów) jako czynnika warunkującego osiągnięcie sukcesu przez wychowanków (por. Chomczyńska-Miliszkiwicz, 1993). Jak podkreśla Szyszko-Bohusz – współczesny pedagog winien być osobą o szczególnych walorach osobowości, pełną mocy wewnętrznej, o wyostrejzonej wrażliwości. Wskazane jest, aby wykazywał się znajomością współczesnej psychoterapii (choćby od strony praktycznego jej zastosowania) oraz metod relaksacji psychofizycznej i związanej z nią koncentracji psychicznej (Szyszko-Bohusz, 1989, s. 35). Jagieła, wśród osobistych kompetencji socjoterapeuty, wyróżnia między innymi samoświadomość, dobrą kondycję fizyczną i wewnętrzną siłę łączoną z odpornością fizyczną i psychiczną (por.: Jagieła, 2007). Goleman zwraca uwagę na dwa podstawowe zakresy kompetencji emocjonalnych (osobiste i społeczne), istotnych dla specjalistów pracujących z drugim człowiekiem. Wśród kompetencji osobistych autor wymienia:

- samoświadomość, czyli umiejętność rozpoznawania i nazywania swoich emocji, adekwatną samoocenę oraz wiarę w siebie,
- samoregulację, która oznacza umiejętność panowania nad swoimi emocjami i impulsami, jak też elastyczność i innowacyjność,
- motywację, czyli dążenie do postawionych sobie celów, zaangażowanie, inicjatywę, optymizm i wytrwałość w zakresie realizacji celów (Goleman, 1999, s. 48).

Niestety warunki pracy pedagoga-wychowawcy, a także obciążenia wynikające z pełnionej roli sprawiają, że część nauczycieli ma trudności z kompetentnym i satysfakcjonującym wypełnianiem obowiązków. Wielu pedagogów nie wie, jak skutecznie reagować na niepokój, nadpobudliwość i problemy z koncentracją uczniów. Wzrastającej liczbie uczniów z zaburzeniami zachowania i emocji odpowiada rosnąca ilość bezradnych dorosłych. Jest to jeszcze wyraźniejsze w odniesieniu do osób prowadzących socjoterapię, która wiąże się ze specyficznymi obciążeniami i stosunkowo słabo wy-

pracowanymi ramami działania. Stres, nieodłączny w pracy socjoterapeuty, może w istotny sposób obniżać jego kompetencje, a tym samym skuteczność procesu socjoterapeutycznego – procesu, w którym czynnikiem zmiany jest relacja z terapeutą. Umiejętność radzenia sobie ze stresem socjoterapeuty jest zatem niezwykle ważna z punktu widzenia efektywności socjoterapii. Dodatkowo terapeuta powinien modelować umiejętności radzenia sobie ze stresem u podopiecznych. Prewencja pedagogiczna wiąże się w tym wypadku nie tylko z dostrzeganiem systemowych przyczyn zaburzeń emocji i zachowania u podopiecznych, ale także z pracą wychowawcy nad sobą.

### 3. Treningi relaksacyjne w socjoterapii

Metaanaliza badań nad skutecznością treningów relaksacyjnych wskazuje, że są one przydatne w podnoszeniu jakości zdrowia nie tylko w jego aspekcie fizjologicznym, ale też psychospołecznym. Dotyczy to pacjentów poddanych specjalistycznym działaniom psychoterapeutycznym, ale też populacji osób zdrowych, które korzystają z treningów relaksacyjnych (i innych form treningów psychofizjologicznych, np. jogi) w ramach profilaktyki. Liczne badania potwierdzają pozytywne efekty stosowania relaksacji w populacji dzieci i młodzieży (por.: Szyszko-Bohusz, 1989; Stachyra, 2009; Pagnini, Manzoni, Castelnouvo, Molinari, 2009; Wagg, 2009).

Szerokie zastosowanie relaksacji związane jest z efektami uzyskiwanymi w jej wyniku. Relaksacja znosi napięcie mięśniowe, reguluje ciśnienie krwi i tempo oddychania, przyczynia się poprawy termoregulacji, pracy żołądka i jelit (por.: Siek, 1986). Poprzez minimalizowanie kontrakcji mięśniowej w trakcie relaksacji oszczędzana jest duża ilość energii. Rozluźnienie mięśni znosi całkowicie lub redukuje dolegliwości bólowe (gł. bóle głowy). Ma to również związek ze zwiększeniem sprawności systemu immunologicznego. Poprzez aktywizację gałęzi parasympatycznej układu współczulnego treningi relaksacyjne znoszą psychofizjologiczne skutki działania stresu. Relaksacja powoduje wzmożone pojawienie się fal alfa w obrazie EEG, które świadczą o spowolnieniu aktywności mózgu i są typowe dla stanów medytacji oraz snu (por.: Auriol, 1989; Stachyra, 2009). Wspomaga to regenerację psychiczną, ułatwia pracę nad sobą, a także minimalizuje problemy z zasypianiem. Jak podkreśla Siek, praktyki relaksacyjne przeciwdziałają stanom lękowym, przerywają napięcie mięśni trzewnych i mięśni wewnątrz klatki piersiowej oraz napięcie innych grup mięśni, które są wyrazem przeżywania reakcji lękowych (Siek, 1986, s. 14). W ten sposób lęk powodujący uruchomienie gałęzi sympatycznej układu wegetatywnego jest minimalizowany poprzez oddziaływanie na sferę somatyczną.

W literaturze przedmiotu wskazuje się również na istotny cel relaksacji, jakim jest zwiększanie wskaźników inteligencji inter- i intrapersonalnej. Nabiera to szczególnego znaczenia w socjoterapii, nie tylko ze względu na jej cel (zwiększenie kompetencji jednostki w tym zakresie), ale również sam proces socjoterapeutyczny, w którym relacja z grupą jest jednym z najistotniejszych źródeł zmiany. Poprzez przeżywanie rozluźnienia w trakcie treningu relaksacyjnego możliwa staje się zmiana obrazu siebie w kierunku samoakceptacji i zwiększenia poczucia własnej wartości. Ćwiczona w czasie relaksacji umiejętność koncentracji uwagi i zdolność do długotrwałego, systematycznego wysiłku pozwala na samoobserwację i dokonywanie zmian w różnych obszarach funkcjonowania. Jak podkreśla Siek, dotarcie do wrażeń płynących z własnego ciała może być korzystne z kilku powodów. Zwiększa sumę doznań przyjemnych, umożliwia dotarcie do stłumionych warstw osobowości, może pomóc odblokować stłumione wartościowe uczucia i pragnienia (Siek, 1986, s. 40). Staje się to szczególnie istotne w socjoterapii, która za cel stawia sobie zmianę nieadekwatnych sądów poznawczych u odbiorcy.

W związku z powyższym treningi relaksacyjne są często traktowane jako forma oddziaływań psychoedukacyjnych lub element pomocniczy w terapii zachowania. Relaksacja znajduje szerokie zastosowanie w programach socjoterapeutycznych, m.in. skierowanych do dzieci nieśmiałych (Cielecka, 1999), w socjoterapii nakierowanej na klasę szkolną (Sawicka-Kalinowska, Worobiej, 1999), terapii ukierunkowanej na wzmocnienie poczucia własnej wartości (Południak, 1999), a także w pracy z osobami współzależnymi (Kisiel, 1999).

#### **4. Relaksacja neuromięśniowa Jacobsona i trening autogenny Schultza**

Prezentacja metod relaksacyjnych zostanie zawężona do dwóch stosowanych najczęściej w praktyce edukacyjnej. Są to metody, które doczekały się szeregu opracowań i modyfikacji. Na początku zaprezentowana zostanie relaksacja neuromięśniowa autorstwa Jacobsona, następnie trening autogenny Schultza. Na końcu omówiona zostanie możliwość wykorzystania jogi jako elementu szerszego programu ćwiczeń relaksująco-koncentrujących.

Relaksacja progresywna została opracowana w 1948 roku przez Edmunda Jacobsona (por. Kratochvil, 2003). Jej zastosowanie wynika z coraz powszechniejszego stanu napięcia wywołanego współczesnym trybem życia. U podstaw relaksacji progresywnej leży założenie o związku między napięciem mięśni, napięciem psychicznym i działaniem autonomicznego układu nerwowego. Ponieważ tonus mięśni szkieletowych można dowolnie zmie-

niać, stwarza to możliwość wykorzystania relaksacji mięśniowej dla osiągnięcia relaksacji psychicznej i dla wywarcia wpływu na funkcje narządów kierowanych przez wegetatywny układ nerwowy (Kratochvil, 1978, s. 253). Metoda Jacobsona bazuje na systematycznym rozluźnianiu poszczególnych mięśni, a sam trening podzielony jest na sześć etapów:

- nauka odróżniania stanu napięcia i rozluźnienia mięśni (biceps, przedramię),
- relaksacja mięśni głowy (mięśnie czoła, nosa, ust, żwacze i mięśnie skroniowe),
- relaksacja mięśni języka,
- rozluźnianie mięśni pleców, klatki piersiowej, brzucha,
- rozluźnienie mięśni palców rąk i nóg,
- wyciszenie aktywności umysłowej,
- relaksacja w pozycji siedzącej (tzw. pozycji dorożkarza),
- relaksacja zróżnicowana (rozluźnienie jednej partii mięśni przy równoczesnym napięciu innej niezbędnej przy wykonywaniu określonej czynności, np. czytania).

Technika relaksacji Jacobsona nosi nazwę relaksacji stopniowej, co wynika z następujących cech treningu:

- relaksacja wywoływana jest stopniowo (relaksacja kolejnych grup mięśni aż do relaksacji automatycznej – nawyku rozluźniania),
- relaksacja jednej partii mięśni rozprzestrzenia się stopniowo na inne (również te pozostające poza kontrolą wolicjonalną),
- nauka relaksacji przebiega etapami, w których każdy kolejny poprzedza relaksację uprzednio opanowaną (aż do relaksacji zróżnicowanej związanej z rozluźnieniem mięśni podczas codziennych aktywności).

W relaksacji progresywnej nie są stosowane wyobrażenia i formułki – są one natomiast typowe dla treningu autogennego Schultza. Metoda Schultza, opublikowana w 1932 roku w książce *Autogenic Training*, odwołuje się do podstawowych zasad relaksacji i związku relaksacji psychicznej z autonomicznym układem nerwowym. Korzeniami sięga ona do hipnozy i jogi, a jej istotą są sugestie powtarzane w stanie pełnego odprężenia. Osoba ćwicząca poprzez proste formuły autosugestii wyzwała w sobie reakcje odprężenia i koncentracji, stąd metoda określana jest jako ćwiczenia odprężająco-koncentrujące (por.: Stachyra, 2009).

Trening autogeny może być wykonywany w czterech postawach ciała (leżącej, półleżącej w fotelu, siedzącej oraz stojącej). Ćwiczenia – zgodnie ze schematem Schultza – poprzedza osiągnięcie zdolności koncentracji na wrażeniach płynących z mięśni i z poszczególnych organów. Klasyczny trening autogeny ma charakter sukcesywny i jest podzielony na stopnie. Niższy stopień składa się z sześciu kolejno ćwiczonych zadań, przy których wyma-

gane jest rozluźnienie mięśni różnych części ciała, a jednocześnie koncentracja na subiektywnych odczuciach określonych w instrukcji:

- odczucie ciężaru (począwszy od ręki dominującej, poprzez kończyny, finalnie w całym ciele) osiągane poprzez sugestię ciężkości i bezwładności poszczególnych części ciała powtarzaną 5–6 razy,
- odczucie ciepła związane z relaksacją obwodowych naczyń krwionośnych (przebieg analogicznie do odczucia ciężaru) wywoływane przez sugestię ciepła,
- regulacja pracy układu krążenia wynikająca z koncentracji na rytmie pracy serca i skupienie na sugestii „moje serce bije równo i spokojnie”,
- koncentracja na oddechu i regulacja rytmu oddychania,
- regulacja funkcji narządów jamy brzusznej,
- odczucie chłodnego czoła (por. Kratochvil, 2003).

Ćwiczenia (sugestie lub autosugestie) z poszczególnych etapów powinny być oddzielone formułą spokoju, odczucia przyjemności, samoskuteczności. Wszystkie zdania należy wypowiadać w formie twierdzącej, aby miały one moc programowania zachowania, a nie istniały tylko na poziomie werbalnym (por. Kratochvil, 2003; Stachyra, 2009). Sugestie od opisowych i pełnych mogą stopniowo ograniczać się do kluczowego słowa (np. ciepło) wywołującego automatycznie określoną reakcję psychofizjologiczną. Po etapie stosowania ćwiczeń standardowych zalecane jest stosowanie formułek zindywidualizowanych, które wzmacniają efekty wywołane na wcześniejszym etapie i ukierunkowane są na objawy typowe dla konkretnego przypadku. Mogą one dotyczyć funkcji fizjologicznych (np. odczucie chłodnego czoła przy bólach migrenowych) lub funkcji psychicznych i schematów zachowania (formułki neutralizujące, wzmacniające, ukierunkowujące). Etap najwyższy obejmuje ćwiczenia, które pozwalają na koncentrację i medytację, a w dalszej perspektywie formowanie własnej osobowości. W treningu autogennym wyższego stopnia wyróżnić można sześć elementów:

- koncentracja na przeżyciu barwy osiągana za pomocą wyobrażenia bezkształtnej, kolorowej plamy;
- możliwie realistyczne wyobrażenie różnych przedmiotów – począwszy od przedmiotów konkretnych a skończywszy na abstrakcyjnych;
- uświadomienie sobie różnych przeżyć o silnym zabarwieniu emocjonalnym;
- przywołanie obrazu konkretnych osób wraz z uświadomieniem sobie własnego stosunku do nich;
- stawianie sobie pytań dotyczących systemu wartości;
- formułowanie planów i celów życiowych oraz dążenie do ich akceptacji (Stachyra, 2009, s. 93).

Schultz w swoim treningu zaleca tzw. bierną koncentrację, co wiąże się ze swobodnym poddawaniem się sugestiom bez napięcia i angażowania woli. Osoba może w tym czasie jak najelastyczniej wyobrazić sobie daną formułkę (np. wizualizować sobie swoje ciało ogrzewane przez promienie słoneczne w upalny dzień) lub w myślach powtarzać treść sugestii.

Trening autogeny doczekał się wielu modyfikacji i jest obecnie najczęściej stosowaną techniką relaksacyjną w Europie (por.: Kratochvil, 2003). Przeznaczony jest dla osób zdrowych jako element profilaktyki i higieny psychicznej, ale także dla osób z różnego rodzaju zaburzeniami somatycznymi, emocjonalnymi, behawioralnymi. Przeciwwskazaniem do stosowania treningu Schultza jest obniżone poczucie realizmu (z powodu uzależnienia, zaburzeń psychicznych, przyjmowania leków psychotropowych), nadpobudliwość emocjonalna, zbyt mocno tłumione emocje, nastawienie egocentryczne (autyczne) i hipochondryczne (por.: Siek, 1986). Niewskazane jest wykonywanie relaksacji u osób cierpiących na nadmierne spoczynkowe napięcie mięśni i wrzody żołądka. Czasowe wyłączenie z możliwości stosowania relaksacji wynika z podwyższonej temperatury, nadmiernego zmęczenia, okresu bezpośrednio po posiłku. Ograniczone rezultaty uzyskiwać mogą również osoby nieufne i nastawione sceptycznie zarówno wobec metody, jak i terapeuty. Jak podkreśla Schultz, w treningu autogenym ogromną rolę odgrywa pozytywne wewnętrzne nastawienie do wykonywanych ćwiczeń, zaangażowanie w ćwiczenia, odrzucenie sceptycyzmu, determinacja i wola zmian (Schultz, 1960, za: Siek, 1986, s. 37).

## 5. Zastosowanie hathajogi do realizacji celów socjoterapeutycznych

Relaksacja uważana jest za doskonałe wprowadzenie do wizualizacji oraz wstęp i zakończenie ćwiczeń jogi. Sama zresztą joga jako system filozoficzno-etyczny i rodzaj pracy z ciałem stanowi inspirację wielu metod relaksacyjnych, w tym wspomnianego wcześniej treningu autogenego. Joga, szczególnie najbardziej popularna w kulturze Zachodu *hathajoga*, jest wykorzystywana w pracy z różnymi grupami, w tym w terapii skierowanej do dzieci (por. Thapar, Singh, 2007). Dąbrowska-Jabłońska proponuje cykl zajęć relaksacyjno-koncentrujących, w których joga zajmuje miejsce szczególne. Jak podkreśla autorka, zajęcia z jogi i medytacji dla dzieci pozwalają im się zrelaksować i odnaleźć w sobie spokój. Postawy jogi (asany) sprzyjają kontroli mięśni i utrzymaniu równowagi, dają wiedzę o schemacie swojego ciała, uczą koordynacji ruchowej. Jest to także nauka samodyscypliny, pozytywnego działania, dzielenia się z innymi i poznania siebie, nauka pokonywania codziennych problemów i rozładowywania napięć (Dąbrowska-

Jabłońska, 2006, s. 106). Już sam termin joga, pochodzący od sanskryckiego czasownika *yui*, oznacza nakładać jarzmo, okiełznać (por.: Michalska, 2004). Joga oznacza również harmonię między poszczególnymi aspektami funkcjonowania jednostki, co przeniesione na język holistycznego modelu zdrowia łączy się z pełnym dobrostanem.

Uczestnicy socjoterapii nierzadko nadmiar swojej energii rozładowują w zachowaniach, które przez otoczenie odbierane są jako niezgodne z normami, nieadekwatne, niezrozumiałe. Ćwiczenia jogi i następująca po ich relaksacja pozwala im nie tylko znaleźć ujście energii, ale wzmacnia również koncentrację i samoświadomość (por.: Vopel, 2004). Analizy naukowe wskazują na liczne korzyści systematycznych ćwiczeń jogi w zakresie minimalizowania napięcia, regulacji ciśnienia krwi i pracy serca (por.: Chaoul, Cohen, 2010). Ćwiczenia hathajogi mają charakter ćwiczeń izometrycznych. Utrzymanie określonej asany powoduje przekrwienie narządów i zwiększenie impulsacji interoreceptywnej, a tym samym pobudzenie ich funkcji, wzmocnienie i regenerację (por.: Grochmal, 1979). W ćwiczeniach bardzo istotnym elementem jest stosowanie pogłębionego, kontrolowanego oddechu (*pranajama*). Wszystkie te elementy ukierunkowane są na całościowy wszechstronny rozwój tak w sferze fizycznej, jak i psychicznej, co odróżnia ten system od tradycyjnie pojmowanej gimnastyki.

Z punktu widzenia socjoterapii istotne są nie tylko asany i ich dobroczynny wpływ na zdrowie, ale również wymogi dotyczące zachowania odpowiedniej postawy psychicznej. Jedną z podstawowych zasad klasycznej jogi jest zasada *ahimsy*, która oznacza wyzbycie się tendencji agresywnych. Charakterystyczne dla jogi założenie o braku przemocy wobec innych (w tym rywalizacji) oraz braku przemocy skierowanej ku sobie (co przejawia się w nieobciążającym tempie i poziomie trudności ćwiczenia) może osłabić stereotyp działań opartych na przemocy, pojawiający się często wśród uczestników socjoterapii. *Hathajoga* zaleca dodatkowo metodę samowychowania i higieny psychicznej polegającą na praktykowaniu stałych autosugestii, mających na celu wzbudzenie uczucia przyjaźni i innych pozytywnych postaw (Michalska, 2004, s. 22). Jest to kolejny punkt styczny hathajogi i metod relaksacyjnych, co daje podstawy do włączenia ich w zintegrowany system działań realizujących cele socjoterapii.

## LITERATURA

- AURIOL, B. (1989). *Introduction aux méthodes de relaxation. Techniques et orientations tendant à faciliter la détente et la disposition de soi*. Toulouse: Privat.
- CENDROWSKI, Z. (1991). *Leksykon medycyny niekonwencjonalnej*. Warszawa: SPAR.

- CHAOU, A.M., COHEN, L. (2010). *Rethinking yoga and the application of yoga in modern medicine*. „Cross Currents”, Vol. 6, pp. 144–167.
- CHOMCZYŃSKA-MILISZKIEWICZ, M. (1993). *Samopoznanie i samoświadomość w pracy nauczyciela*. W: M. Ochmański (red.). *Nowe koncepcje psychologiczno-pedagogicznego kształcenia nauczycieli w szkołach wyższych*. Lublin: UMCS.
- CIEŚLIKA, M. (1999). *Zajęcia socjoterapeutyczne jako pomoc w korygowaniu obrazu własnej osoby dzieci nieśmiały*. W: K. Sawicka (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: CMPPP.
- DĄBROWSKA-JABŁOŃSKA, I. (red.) (2006). *Terapia dzieci i młodzieży*. Kraków: IMPULS.
- GOLEMAN, D. (1999). *Inteligencja emocjonalna w praktyce*. Poznań: Media Rodzina.
- GROCHMAL, S. (red.) (1979). *Teoria i metodyka ćwiczeń relaksowo-koncentrujących*. Warszawa: PZWL.
- JAGIELA, J. (2007). *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*. Kraków: Rubikon.
- KISIEL, M. (1999). *Socjoterapia jako zakończenie procesu terapii osób współzależnych*. W: K. Sawicka (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: CMPPP.
- KRATOCHVIL, S. (1978). *Psychoterapia – kierunki, metody, badania*. Warszawa: PWN.
- KRATOCHVIL, S. (2003). *Podstawy psychoterapii*. Poznań: Zy-sk i spółka.
- MICHALSKA, M. (2004). *Wpływ hathajogi na integracyjny komponent zdrowia*. „Lider”, nr 2.
- PAGNINI, F., MANZONI, G., CASTELNOUVO, G., MOLINARI, E. (2009). *The efficacy of relaxation training in treating anxiety*. „International Journal of Behavioral Consultation and Therapy”, No. 3–4, pp. 264–269.
- POŁUDNIAK, W. (1999). *Poczucie własnej wartości – program socjoterapeutyczny dla młodzieży ze szkół średnich*. W: K. Sawicka (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: CMPPP.
- SAWICKA, K. (1999). *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*. W: K. Sawicka (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: CMPPP.
- 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: IMPULS.
- SAWICKA-KALINOWSKA, G., WOROBIEJ, T. (1999). *Program interwencyjny dla klasy szkolnej*. W: K. Sawicka (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: CMPPP.
- SIEK, S. (1986). *Relaks i autosugestia*. Warszawa: Prasa-Książka-Ruch.
- STACHYRA, K. (2009). *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- STEPHENS, D., SACHIN, J., KIOH, K. (2010). *Group counseling: techniques for teaching social skills to students with special needs*. „Education”, No 3, pp. 509–512.
- SZYSZKO-BOHUSZ, A. (1989). *Pedagogika holistyczna*. Kraków: PAN.
- THAPAR, M., SINGH, N. (2007). *Joga z dziećmi*. Warszawa: ABA.
- VOPEL, K.W. (2004). *Latający dywan – łatwiejsza nauka dzięki odprężeniu*. Kielce: JEDNOŚĆ.
- WAGG, M.J. (2009). *The hidden cost of stress*. „Utah Bar Journal”, No 3, pp. 1–3.



ZBIGNIEW BIELAN

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

IZABELA STANKOWSKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu



# Animaloterapia w socjoterapii

*Żuni, Ciapkowi, Robiemu, Portosowi,  
Psołce, Piratowi, Niteczce oraz Kokoszce*

## Wprowadzenie

O ile socjoterapia na przestrzeni wielu lat z ogromnym trudem uzyskała status docenianej i ważnej metody pracy psychologiczno-pedagogicznej, o tyle animaloterapia nadal jest mało poznaną i zagospodarowaną formą oddziaływań. Niedocenianie, a nawet lekceważenie tej metody terapii znajduje odbicie w literaturze, a właściwie w jej braku.

Doniesienia z tej dziedziny nie przyjmują charakteru teorii, lecz jedynie doświadczeń popartych opisem eksperymentów i działań intuicyjnych. Stąd nierzadko sam kontakt ze zwierzętami postrzegany jest już jako animaloterapia, co stanowi pewne nadużycie. W praktyce oddziaływania te w zbyt małym stopniu zawierają elementy terapeutyczne, które upoważniałyby do nadania im rangi animaloterapii. Dlatego też konieczna wydaje się pogłębiona analiza zjawiska, aby profesjonalnie odróżnić terapeutyczny kontakt ze zwierzęciem od kontaktu nieterapeutycznego.

## 1. Współżycie ludzi i zwierząt

Wszystkie wyżej zorganizowane zwierzęta świadome są potrzeby współpracy z innymi zwierzętami w swoim środowisku. Człowiek swój stosunek do zwierząt określił w pięciu wymiarach, widząc w nich pasożyta, konkurenta, drapieżcę, zwierzynę łowną lub symbionta. Wszystkie te postawy mieszczą się w wymiarze ekonomicznym. Pasożyty, takie jakie pchły i szczury, w walce z człowiekiem znajdują się na pozornie straconej pozycji.

Mimo wielu podejmowanych przez człowieka działań nie znajduje to odbicia w rzeczywistości, zmuszając nas do pokory wobec nich. Sytuacja konkurentów i drapieżników wydaje się jeszcze bardziej dramatyczna, z uwagi na walkę człowieka i zwierzęcia o wspólny pokarm. Stosunek człowieka do nich ma charakter bezlitosny. Z postawy wobec zwierząt opierającej się na ich zjadaniu zaczęliśmy ewoluować w stronę postawy symbiotycznej. Wyzyskujemy naszych symbiotycznych partnerów, ale w zamian karmimy ich oraz troszczymy się o nich, co wydawałoby się uczciwe, gdyby mieli oni wybór.

Najstarszym symbiontem w naszej historii jest pies, który pojawił się przy ludzkim obozowisku około dziesięciu tysięcy lat temu. Zaczęło się od przynoszenia małych szczeniąt, pierwotnie z zamiarem wykorzystania ich jako pokarm. Z czasem przyjęły one rolę stróża, współowcy i obrońcy (Morris, 2000, 1997). Psy z uwagi na potrzeby człowieka zaczęły się więc specjalizować, przeobrażając się w łowcę, pasterza i niszczyiciela szkodników. Otrzymały one również bardziej osobliwe funkcje, czego przykładem jest bezwłosy pies dawnych Indian używany jako termofor. Ekspansja człowieka, a co za tym idzie rozwój cywilizacji, wyznaczyły również psom nowe role: zwierząt pociągowych, posłańców, ratowników, psów policyjnych czy przewodników osób niewidomych. Żaden z symbiotycznych gatunków nie wykazał się taką elastycznością i lojalnością wobec człowieka. Dziś w coraz większym stopniu dominują rasy ozdobne, których zadaniem jest towarzyszenie człowiekowi i zaspokajanie funkcji kompensacyjnych i emocjonalnych. Inne symbionty, takie jak: kot, fretka, mangusta, koń, onegar (azjatycki dziki osioł) rywalizowały o równie istotny status w życiu człowieka, z czego w naszej szerokości geograficznej to głównie kot i koń wpisały się równie znacząco w jego funkcjonowanie.

Ewoluuje podejście człowieka wobec zwierząt zaczęło przyjmować ponadto wymiar estetyczny i naukowy – zwierzęta zaczęły nam służyć także do personifikowania pewnych pojęć. Gatunek groźnie wyglądający stał się symbolem agresji i zagrożenia, zaś wyglądający potulnie symbolem dziecka. Symboliczny stosunek do zwierząt nazywamy antropomorfizmem. W wyniku działań człowieka zwierzęta stały się odbiciem naszego karykaturalnego obrazu, przypominając swoją fizjonomią w coraz większym stopniu gatunek ludzki. Uwidacznia się to też na poziomie komunikacyjnym, w którym nierzadko zwracamy się do zwierzęcia jak do człowieka. Psy na przykład nauczyliśmy siedzieć pionowo na tylnych łapach, podawać łapę i służyć. Poszliśmy jeszcze dalej, pozbawiając ich ogonów, długich uszu, spłaszczając im pyski, eksponując oczy, a nawet ubierając i nadając im ludzkie imiona. W ten sposób dążymy do „tworzenia” zwierząt na własne podobieństwo. Popularność zwierzęcia jest zatem bezpośrednio skorelowana z liczbą posiadanych cech antropomorficznych (Morris, 2000, 1997).

## 2. Relacja emocjonalna człowiek – zwierzę

Stosunek do zwierząt jest wyrazem tak zwanego popędu wiążącego, rozdajem sympatii pomagającej nam samym przezwyciężyć własną agresywność i destrukcyjność (Droescher, 2002). Zwierzętami, które obdarzamy największą sympatią i miłością, są ssaki (97%). Najwyższą pozycję w rankingu sympatii mają szympansy, konie, słonie, niedźwiedzie, lwy i psy. Każde z ujętych tu zwierząt przypomina specyficzne właściwości ludzkiego gatunku, na które reagujemy bezwiednie.

Zwierzęta w naszych domach wybierane są nie tylko z uwagi na potrzeby dorosłych, ale i dzieci. Wiek dziecka jest odwrotnie skorelowany z wielkością ulubionego zwierzęcia. Młodsze dzieci widzą w zwierzętach substytut rodziców, natomiast starsze substytut dzieci. Tym samym zwierze musi przypominać nasz własny gatunek i odznaczać się wielkością preferowaną przez dziecko na danym etapie rozwojowym. Małe dzieci wolą duże zwierzęta i w sposób naturalny obdarzają je sympatią i miłością, ponieważ stanowią one dopełnienie rodziców i niewysyczonej potrzeby bezpieczeństwa. W miarę rozwoju dziecko nabiera pewności i staje do współzawodnictwa z rodzicami. Jest za małe, aby być prawdziwym rodzicem, mogąc być jedynie symbolicznym, wybiera więc małe zwierzęta, które pozwolą mu tę funkcję zrealizować. Rodzice powinni tym samym pamiętać, że potrzeba trzymania małych zwierząt pojawia się dopiero w późnym dzieciństwie i błędem jest obdarowywanie nimi małych dzieci, które patrzą na nie jak na szkodniki i poddają je „badaniu” – torturom. Jest zatem normalne niewielkie zainteresowanie na tym etapie rozwojowym małymi zwierzętami i niechęć do pielęgnowania ich. Stanowi to istotny element w doborze zwierzęcia do animaloterapii, gdyż zignorowanie go i pokierowanie się wyborem odpowiednim dla osoby dorosłej zniweluje szanse nie tylko na terapię, ale i na akceptację zwierzęcia. Wyjątek stanowią konie, które w życiu dorastających, głównie dziewcząt, stają się symbolem seksualnym. Koń jako zwierzę silne, muskularne i dominujące ucieleśnia potrzeby związane z rolą męską, tak istotną dla dziewcząt w okresie pokwitania. Z czasem rodzi się niezależność wobec tejże relacji z uwagi na pojawienie się gier płciowych, które w sposób naturalny kończą sublimację.

Rewersem sympatii i miłości do zwierząt jest nienawiść do nich, u podłoża której leży przypisywana poszczególnym gatunkom agresja, m.in. mięsożerność, bycie szkodnikiem, roznoszenie chorób bądź też kontaktowanie się z atawizmem i symbolami kulturowymi (np. niechęć do węży, szczurów, pajaków) (Morris, 2000). Nienawiść do zwierząt może w skrajnych sytuacjach przyjąć charakter maltretowania, co ma silny wymiar diagnostyczny, gdyż wskazuje na zaburzenia osobowościowe (socjopatja, psychopatja), jak

i na zaburzenia psychiatryczne o podłożu psychotycznym (Singer, Hensley, 2004), które w naturalny sposób wykluczają owe dzieci i adolescentów z animaloterapii. Okrucieństwo wobec zwierząt (słabszych i bezbronnych) jest wtedy sposobem na pozbycie się frustracji i nagromadzonej złości. Zjawisko to należy jednakże różnicować od wspomnianego wcześniej „badania” – torturowania (np. nadmuchiwanie żab, wyrywanie skrzydeł owadom), gdzie u podłoża nie leżą wymienione zaburzenia, lecz potrzeba eksploracji rzeczywistości, która nie musi mieć charakteru patologicznego.

Obraz stosunku emocjonalnego do zwierząt dopełnia świadomość istnienia siedmiu stadiów naszego reagowania na zwierzęta.

1. Faza infantylna, kiedy jesteśmy całkowicie zależni od rodziców, reagując wtedy na duże zwierzę, w których widzimy symbol rodzica (potrzeba posiadania dużego zwierzęcia).

2. Faza infantylna-rodzicielska, gdy zaczynamy współzawodniczyć z rodzicami i silnie reagujemy na małe zwierzę jak na substytut dziecka (potrzeba posiadania małego zwierzęcia).

3. Faza przed-dorośla, kiedy zaczynamy traktować zwierzę w kategoriach naukowo-estetycznych i badawczo oglądamy świat pod mikroskopem, zakładamy akwaria i terraria oraz łapiemy motyle.

4. Faza wczesno-dorośla, w której preferujemy zwierzę płci przeciwnej do naszej.

5. Faza dorosło-rodzicielska, w której pojawia się ponownie zwierzę, lecz w charakterze zabawki naszych dzieci.

6. Faza po-rodzicielska, gdy po opuszczeniu domu przez dzieci, czując potrzebę wypełnienia luki emocjonalnej, postrzegamy zwierzę jako substytut dziecka.

7. Faza późnej dorosłości, w której zwracamy uwagę na wymierające gatunki, odpychające i brzydkie zwierzęta, by je „ocalić”; zbliżając się do śmierci postrzegamy zwierzęta jako wyraz własnego nadchodzącego końca, ratowanie ich stanowi symbol pragnienia przedłużenia własnego życia (Morris, 2000).

Dwie pierwsze fazy są szczególnie ważne, ponieważ są źródłem postaw i zachowań silnie rzutujących na całe późniejsze funkcjonowanie człowieka. Obecność zwierząt w okresie dzieciństwa kształtuje bowiem stosunek wobec zwierząt i innych ludzi, a także przyczynia się znacząco do rozwoju wrażliwości i uczuciowości, wpływając na proces uczenia się tolerancji, akceptacji, samokontroli i odpowiedzialności. Życie w towarzystwie zwierząt domowych pozwala na zapoznanie dziecka z biologią i z seksualnością oraz unocznia w sposób bardziej naturalny fakt życia i śmierci. Mogą dodatkowo dać szansę przetrwania dziecku w sytuacji odrzucenia, wyobcowania, osamotnienia, będąc stałym, a co za tym idzie bezpiecznym źródłem wsparcia, otuchy i miłości.

Przekonanie, że psychika ludzka nie ma nic wspólnego ze zwierzętami stoi w opozycji z prezentowanym antropomorfizmem. Okazuje się bowiem, że im więcej wiemy o naturze zwierząt i człowieka, tym trudniejsze staje się znalezienie właściwości psychicznych, które charakteryzowałyby wyłącznie nasz gatunek. Upadł egocentryczny mit o przypisanej tylko człowiekowi świadomości, zdolności myślenia abstrakcyjnego, tzw. uczuciach wyższych, przekazywaniu tradycji (czemu przeczy między innymi istnienie przedszkoli w świecie słoni) (Droescher, 2002). Postrzeganie zwierzęcia przez główne religie świata jako istoty posiadającej duszę lub jej nieposiadającej wpływa w zasadniczy sposób na tworzenie pierwotnie przyjaznego i emocjonalnego stosunku do innych istot naszej Ziemi.

### 3. Funkcje zwierząt w życiu człowieka

Los człowieka i zwierzęcia splata się w sposób naturalny. Będąc mieszkańcami jednej planety, zmuszeni jesteśmy do kontaktu ze zwierzętami w wymiarze nie tylko użytkowym, co dokumentuje nasza wspólna historia. Potrzebą staje się funkcjonowanie w wymiarze partnerskim. Respektowanie praw zwierząt daje człowiekowi szansę na zmianę pozycji z łowcy, właściciela i pana na pozycję opiekuna. Otwiera to nową, partnerską relację mającą u podstaw szacunek, miłość i opiekę, czyli wszystko to, co stanowi podstawę animaloterapii. Taka postawa daje nam nie tylko szansę na funkcjonowanie dominującego gatunku, jakim jest człowiek, ale nade wszystko stwarza nam możliwość rozwoju i powrót do pewnej części nas, w której ludzka zwierzęcość nie jest zarzutem i wadą, lecz atutem i wartością.

Istotne jest obiektywne dostrzeżenie wszystkich korzyści płynących z kontaktu ze zwierzętami w równym stopniu. Najważniejsze z nich to:

- korzyści emocjonalne, za którymi kryje się potrzeba kontaktu emocjonalnego, bliskości, wsparcia, doznawania i udzielania opieki oraz poczucie bezpieczeństwa, co wynika z faktu, iż potrzeba emocjonalna, należąca do podstawowych potrzeb człowieka, w sytuacji jej niezaspokojenia prowadzi do nieprawidłowego rozwoju osobowości (Obuchowski, 2000);
- korzyści psychologiczne, dające poczucie satysfakcjonującej kompensacji, realizacji potrzeb, np. miłości, opieki, towarzyszenia, partnerstwa, zmniejszające poczucie osamotnienia, jak też wspierające w sytuacji ostatecznego odejścia – śmierci;
- korzyści poznawcze i edukacyjne, dające nam wiedzę o budowie i funkcjonowaniu zwierząt i człowieka, niosące za sobą zmianę w sposobie

spostrzegania świata, weryfikację przyjętych przekonań i wartości, dające szansę na rozwój i samorealizację;

- korzyści społeczne, pozwalające na wyjście ku innym, w pierwszej kolejności dla wielu z nas do zwierząt, a potem do innych ludzi, zmniejszające poczucie alienacji i aktywizujące towarzystwo;
- korzyści zdrowotne i rehabilitacyjne, umożliwiające redukcję stresu, wybór prozdrowotnego stylu życia lub też poprawę swojego stanu zdrowia w sytuacji choroby;
- korzyści rekreacyjne, dostarczające człowiekowi poczucia kontaktu z własnym ciałem, radości płynącej z obcowania ze zwierzęciem i naturą, odprężenia oraz relaksu;
- korzyści instrumentalne, wspierające pracę człowieka w takich służbach, jak: policja, wojsko i ratownictwo, wpływające na bezpieczeństwo człowieka;
- korzyści gospodarcze, niosące za sobą użytkową rolę zwierząt w rolnictwie i przemyśle.

Dla terapeuty pracującego zarówno z dziećmi, jak i z osobami dorosłymi, dodatkową korzyścią jest możliwość obserwacji relacji człowiek – zwierzę. Stanowi ona istotny element diagnostyczny, pozwalający na stawianie hipotez dotyczących charakterystycznych dla danej osoby potrzeb, skłonności, tendencji i/lub zaburzeń. Diagnoza klienta-pacjenta jest zarazem diagnozą środowiska wychowawczego, w jakim on dorastał i w jakim formułował się jego stosunek do zwierząt. Kształtujące się wtedy wzorce traktowania zwierząt (na podstawie obserwacji postaw oraz zachowań rodziców i osób znaczących, bajek i oddziaływań edukacyjnych) wskazują na zakres doświadczeń i zinternalizowane wartości. Mogą również stanowić przesłankę do diagnozowania bardziej złożonych zespołów, np. triady McDonalda przejawiającej się okrucieństwem wobec zwierząt, piromanią oraz moczeniem nocnym (Singer, Hensley, 2004). Obserwacja takiej relacji znajduje zastosowanie również w ośrodkach socjalizacyjnych, w których na podstawie analizy stosunku wychowanka do zwierzęcia mogą ujawniać się liczne jego potrzeby i tendencje, np. potrzeba opieki i bliskości, skłonności psychopatyczne i sadystyczne czy tendencja do dominacji, co umożliwi trafniejsze programowanie oddziaływań socjoterapeutycznych i animaloterapeutycznych.

#### 4. Płaszczyzny animaloterapii

Wielowymiarowy obraz zwierzęcia w życiu człowieka pogłębia kolejna korzyść – terapeutyczna. Korzyści terapeutyczne to formułowanie się i funkcjonowanie zdrowej i harmonijnej osobowości w warunkach optymalnych,

a także zaburzonych sytuacyjnie. W wymiarze tym mieści się animaloterapia. Animaloterapia to metoda wspomagania terapii i edukacji przy udziale odpowiednio wyselekcjonowanego zwierzęcia ([www.fundacjadogtor.org](http://www.fundacjadogtor.org)). Ze względu na możliwości wykorzystania różnych gatunków zwierząt w pracy terapeutycznej wyróżnia się: hipoterapię – terapię z udziałem konia, dogoterapię (kynoterapię) – terapię z udziałem psów, felinoterapię (kototerapię) – terapię z udziałem kotów, które w niniejszej publikacji, ze względu na swoją popularność, zostaną scharakteryzowane bardziej wnikliwie. Prezentacja wybranych form terapii świadomie pomija aspekty o charakterze medycznym, skupiając się głównie na kontekście socjoterapeutycznym. Poza wymienionymi formami animaloterapii w pracy terapeutycznej spotykamy się z onoterapią, delfinoterapią i cavioterapią.

**Onoterapia** oznacza terapię z udziałem osła lub muła. Ich udział wynika z kontekstu kulturowo-geograficznego, dlatego ta forma terapii ma w Polsce charakter marginalny. Wprawdzie terapeutyczne założenia onoterapii są zbliżone do hipoterapii, niemniej uwzględniają one pewne różnice wynikające ze specyfiki fizycznej i charakterologicznej osła, tj. jest on mniejszy od konia, przez co bardziej poradniejszy w kontakcie fizycznym i wzbudzający tym samym mniejszy lęk, jest bardziej towarzyski i ciekawski, więc bardziej zbliżony do dziecka, jest wytrzymały oraz mniej wymagający w pielęgnacji i tańszy w utrzymaniu i co najważniejsze, za sprawą mniejszej płochliwości jest znacznie bezpieczniejszy dla dzieci (Palmowska, 2007).

**Delfinoterapia** oznacza terapię z udziałem delfinów. Skierowana jest głównie do osób niepełnosprawnych psychicznie i fizycznie. Charakterystyczną cechą tych bardzo inteligentnych ssaków jest umiejętność przetwarzania informacji za pomocą echolokacji (Hart, 1996). Delfiny ze względu na tę cechę wykorzystywano do różnych celów, w tym również militarnych. Zasadniczy zwrot nastąpił dopiero w latach 60., kiedy zaczęto je postrzegać w wymiarze terapeutycznym. Delfiny charakteryzują się dużą chęcią kontaktowania się z człowiekiem, towarzyskością, przyjaznym nastawieniem i empatią. Są świetnymi terapeutami niezależnie od samopoczucia osoby, z którą przebywają, potrafiąc zareagować adekwatnie do stanu emocjonalnego człowieka. Poprzez fale dźwiękowe delfiny oddziałują pozytywnie na układ nerwowy i immunologiczny człowieka. Kontakt z nimi poprawia samopoczucie za sprawą spadku adrenaliny i kortyzolu, w zasadniczy sposób obniżając poziom stresu, dając poczucie bezpieczeństwa oraz dostarczając energii, co jest szczególnie istotne w odniesieniu do osób autystycznych. Przypisuje się im pozytywny wpływ również na dzieci w okresie prenatalnym.

Na świecie funkcjonuje około dwustu ośrodków delfinoterapii, których metody pracy znajdują zastosowanie w terapii szeregu różnych zaburzeń, z wyłączeniem jedynie schizofrenii, innych psychoz oraz silnych stanów

agresji. Najczęściej odwiedzanym przez Polaków jest ośrodek na Krymie, co znacząco ogranicza jego dostępność. Istnieje więc potrzeba otwarcia takiego ośrodka także w Polsce, co jest rzeczą realną, zważywszy na to, że najbliższy ośrodek znajduje się w Kłajpedzie na Litwie.

**Cavioterapia** oznacza terapię z udziałem takich zwierząt, jak: chomiki, świnki morskie, króliki, gady i ptaki. Różnorodność wykorzystywanych zwierząt do cavioterapii wiąże się ze specyfiką tych gatunków i z korzyściami, jakie mogą dostarczać pacjentom. Analizowanie tej grupy zwierząt niestety przekracza możliwości wydawnicze. Na przypomnienie zasługuje jednak fakt odpowiedniego doboru zwierzęcia do wieku dziecka. Należy także zwrócić uwagę na to, że obecność małych zwierząt w naszych domach nie jest jeszcze animaloterapią, a jedynie przyjemnością płynącą z kontaktu z sympatycznym zwierzęciem.

## 5. Dogoterapia

Udomowienie psa przez człowieka wyznaczyło psu rolę towarzysza w polowaniach, z czasem rolę pasterską, następnie opiekuna domostwa, aż po dziś najczęściej prezentowaną rolę przyjacielsko-towarzyską. Mimo wielorakości ras każdy pies, poza cechami użytecznymi przypisanymi do rasy, charakteryzuje się wiernością, lojalnością, bezgranicznym oddaniem i posłuszeństwem. Wszystkie te cechy znajdują zastosowanie w animaloterapii i sprawiają, że pies staje się niejako sztandarowym przedstawicielem tej formy socjoterapii.

Poprzez dogoterapię rozumie się metodę wykorzystującą psa we wspomagananiu procesu rehabilitacji i terapii osób niepełnosprawnych, samotnych, starszych i niedostosowanych społecznie. Nie każdy jednak kontakt z psem jest już formą terapii, stąd rozróżniamy trzy podstawowe obszary dogoterapii:

- 1) rekreacja i działania na rzecz poprawy jakości życia – AAA (*Animal Assisted Activity*),
- 2) wspomaganie i rehabilitacja – AAT (*Animal Assisted Therapy*),
- 3) edukacja i wychowanie – AAE (*Animal Assisted Education*).

*Animal Assisted Activity* to zajęcia z udziałem zwierząt motywujące głównie do aktywności ruchowej. Zajęcia mają charakter dowolny i nie opierają się na restrykcyjnych programach działania. Celem ich jest dostarczenie radości, przyjemności i relaksu. W procesie socjoterapeutycznym wykorzystuje się oddziaływania charakterystyczne dla wymiaru drugiego – *Animal Assisted Therapy* i trzeciego – *Animal Assisted Education*. AAT jest to forma terapii z udziałem psa, zmierzająca do poprawy funkcjonowania fizycznego,

emocjonalnego i poznawczego klienta poprzez zaprojektowany program ćwiczeń. Płynące z terapii korzyści to:

- rozwijanie empatii – dzieciom i młodzieży jest łatwiej być empatycznym w stosunku do zwierząt niż do ludzi z uwagi na bezpośredniość relacji; łatwość odczytywania emocji u zwierząt przenoszona jest na łatwość odczytywania emocji u ludzi;
- rozrywka – zabawa z psem wprowadza stan rozluźnienia, beztroski, przyjemności i dobrej zabawy;
- stymulacja psychiczna – obecność psa wymusza aktywność człowieka zarówno na płaszczyźnie fizycznej, jak i intelektualnej;
- skupienie się na otaczającym świecie – osoby, które odczuwają samotność, osamotnienie i poczucie alienacji często skupione są na sobie; w kontakcie z psem nabywają one umiejętności skupiania się także na obiekcie zewnętrznym, przez co odrywają się od otaczającej ich przykry rzeczywistości;
- umiejętność budowania więzi i zaufania – wiąże się ze stworzeniem klimatu bezpieczeństwa emocjonalnego;
- umiejętność dbania o inne istoty – rozwija się umiejętność opieki i odpowiedzialności za innych;
- poczucie akceptacji – kontakt z psem jest pozbawiony oceny, krytyki i wartościowania człowieka, co podnosi poczucie własnej wartości opiekuna zarówno w wymiarze fizjonomicznym, jak i osobowościowym;
- socjalizacja – umiejętność bezkonfliktowego przebywania z innymi, co daje poczucie satysfakcji i radości z przebywania wśród innych;
- korzyści fizjologiczne – obecność psa poprzez odprężenie obniża ciśnienie krwi oraz wpływa normalizująco na pracę serca;
- kontakt fizyczny – kontakt z psem przełamuje trudności w kontakcie z drugim człowiekiem, gdyż głaskanie i przytulanie go jest niezagrażającą formą kontaktu, co może sprzyjać rozwojowi relacji interpersonalnych; także deprywacja potrzeby dotyku i bliskości fizycznej jest terapeutyzowana poprzez kontakt ze zwierzęciem (Filozof, 2005).

AAE to edukacja z udziałem zwierząt, mająca na celu usprawnianie sfery intelektualnej i rozwój sprawności funkcji poznawczych. Zajęcia te łamią konwencję tradycyjnych i trudnych zajęć edukacyjnych, w których pies staje się istotnym elementem procesu dydaktycznego. Dostarczają pozytywnych emocji oraz poczucia satysfakcji płynącej z obcowania z psem. Obcowanie ze zwierzęciem w sposób naturalny wpływa na wzrost motywacji do podejmowania nowych wyzwań edukacyjnych. Obecność psa to więc znakomite narzędzie metodyczne, usprawniające procesy percepcji, zapamiętywania i koncentracji uwagi oraz stymulację zmysłów. Uczestnik procesu socjoterapeutycznego ma też możliwość wejścia w rolę nauczyciela i edukatora dla

psa, co stanowi niezwykle efektywny czynnik leczący. Wskutek tego uzyskuje poczucie bycia osobą ważną i pomocną oraz dzielenia się swoimi umiejętnościami.

Opisywana metoda pracy terapeutycznej w socjoterapii umożliwia zatem realizację licznych celów: stymulowanie rozwoju na każdym etapie życia, poznawanie praw zwierząt, rozwijanie empatii i wrażliwości, rozwijanie tolerancji i akceptacji zwierząt, przełamywanie lęku przed kontaktem z psem i w konsekwencji z drugim człowiekiem, nawiązywanie, podtrzymywanie i rozwijanie więzi, generowanie pozytywnych emocji i motywacji, pobudzanie i integrowanie zmysłów, wzmacnianie procesów decyzyjnych i poczucia odpowiedzialności, pobudzanie do aktywności fizycznej, zdobywanie umiejętności uzyskiwania stanu relaksu, wyrabianie świadomości i gotowości do wykonywania czynności pielęgnacyjnych wobec drugich oraz dostrzeganie, nazywanie i interpretowanie emocji własnych, zwierząt i innych ludzi.

Ze względu na bardzo duży wachlarz korzyści terapeutycznych dogoterapia wykorzystywana jest w szeregu programów edukacyjno-terapeutycznych, skierowanych do różnych grup ludzi: począwszy od małych dzieci, poprzez dzieci i osoby chore, ludzi starszych oraz osoby będące w procesie wychowawczym i resocjalizacyjnym.

## 6. Felinoterapia

Koty przechodziły przez długą drogę udomowienia przez człowieka. Kiedy już ten etap osiągnęły, spotkały się z różnymi postawami wobec nich – od czczenia i ubóstwiania, jak w Starożytnym Egipcie, poprzez prześladowania, tępienie i torturowanie, jak za czasów inkwizycji Kościoła Katolickiego. Rachunek za tę niegodziwą postawę wobec kotów przyszło ludziom zapłacić bardzo szybko w postaci rozprzestrzenienia się gryzoni, a co za tym idzie wielkich epidemii średniowiecza, które zdziesiątkowały populację ludzką do jednej trzeciej (Szumowski, 1994; Brzeziński, 1988). Dzisiejsza postawa wobec kotów przyjmuje dwa wymiary. Z jednej strony użytkowy, który spotykamy najczęściej u rolników, a z drugiej wymiar uzupełniania i kompensacji emocjonalnej, obecny z reguły w mieście. Mimo rozwoju społeczeństwa nadal spotykamy się z bestialstwem wobec tych zwierząt, a nade wszystko z postawą zabobonną, pielęgnującą poczucie pecha i przypisującą im sprawstwo za nasz los. Wynikająca z powyższego postawa rezerwy musiała wpłynąć na dyskryminujące postrzeganie kotów i niedostrzeganie ich roli na płaszczyźnie terapeutycznej. Prekursorką tworzenia nowego spojrzenia na kota, uwzględniającego go w kategoriach terapeutycznych, była Nise

de Silveira, która w latach 30. poszerzyła swoje oddziaływania arteterapeutyczne o działania felinoterapeutyczne, wprowadzając koty na oddziały szpitala psychiatrycznego w Rio de Janeiro.

Felinoterapią nazywamy szereg działań terapeutycznych, mających na celu rehabilitację fizyczną i psychiczną, w której udział biorą koty (Janczukowicz, Tegtmeier, Palka, 2005). Uzasadnione jest to oddziaływaniem kotów na proces integracji i socjalizacji środowiska klienta. Same rozmowy na temat zachowań kotów i obcowania z nimi budują relacje nie tylko między człowiekiem a kotem, ale również między ludźmi, prowadząc do zacieśnienia więzi i przyjaźni.

W świecie ludzi starszych, nierzadko osamotnionych, kot bywa powiernikiem tajemnic, jak i partnerem do wentylowania i odreagowywania emocji. Koty wyrażają emocje w sposób spokojny, subtelny, elegancki, a zarazem mniej spontaniczny niż psy (Nalewaj, 2005), dlatego większość opiekunów kotów dostrzega w nich zdolność do empatii, umiejętność rozpoznawania nastroju i uczuć opiekuna. Ufność, którą prezentują, ma znamiona wsparcia, dając poczucie bezpieczeństwa. Ten rodzaj specyficznego, z reguły jednostronnego dialogu człowiek – kot psychiatrzy porównują do empatycznej relacji, jaką terapeuci nawiązują ze swoimi klientami. Dodatkowym czynnikiem budującym więź jest możliwość kontaktu fizycznego poprzez przytulanie się i głaskanie (Serpell, 1999).

Polska jest krajem, w którym wiele gospodarstw domowych posiada kota. Kariera kota we współczesnych domach wynika z faktu, iż zapracowany, przemęczony, a tym samym nie mający czasu człowiek preferuje kota nad psa z uwagi na pozornie mniej wymagające powinności.

W Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii koty pojawiły się w pracy resocjalizacyjnej. Obcujący z nimi osadzeni stawali się spokojniejsi i bardziej empatyczni (Więcek, 2007). W zakładach penitencjarnych felinoterapia przybiera dwie formy. Pierwsza to praca na rzecz zwierząt (schroniska), druga to wychowywanie kotów przez skazanych. Obie formy terapii z udziałem kota wzmacniają poczucie odpowiedzialności, obowiązku, powinności opieki nad istotą słabszą. Pewna ilość podopiecznych opuszczających zakłady penitencjarne poszukuje po wyjściu zatrudnienia w podobnych instytucjach, co pokazuje, że resocjalizacja poprzez felinoterapię jest niezwykle istotna. W polskim systemie penitencjarnym zaczęto wprowadzać dogoterpię, natomiast felinoterapia nadal ma wymiar nieformalny, a tym samym nielegalny, skazując osadzonych na kary z powodu opiekowania się kotem.

Terapeutyczne właściwości kontaktu z kotem wykorzystuje się także w hospicjach, domach opieki, ośrodkach socjalizacyjnych dla młodzieży i domach spokojnej starości. Wymiar epidemiologiczny, to jest nieprzeno-

szenie zarazków przez koty dostarczane w transporterach odgrywa też nie- małą rolę w zaakceptowaniu tego zwierzęcia w szpitalach.

Spośród typowanych ras odznaczających się umiejętnością radzenia sobie ze stresem i strachem oraz gotowością do kontaktu nawet z większą liczbą osób (*ragdoll*, *main coon*, kot abisyński, kot europejski-dachowiec), autorzy postrzegają wyjątkową rolę ekstrawertywnego sfinksa, którego skóra pozbawiona futra daje poczucie bliskości podobnej człowiekowi. Obok rasy kota ważną kwestią jest również gotowość i umiejętność „nauczenia się” kota, z jego specyfiką funkcjonowania i osobowością.

## 7. Hipoterapia

Koń stał się jednym z pierwszych zwierząt oswojonych i zaadaptowa- nych do potrzeb życia człowieka. Potrzeby te początkowo miały charakter łowiecki, następnie wraz ze zmieniającymi się warunkami życia koń zaczął pełnić różnorakie funkcje, aż po współczesną funkcję hipoterapeutyczną. Analiza dostępnych definicji pozwala przyjąć, że hipoterapia jest to ogół za- biegów terapeutycznych, do których wykorzystuje się konia. Stanowi ona jedną z form rehabilitacji wieloprofilowanej. Pierwsze wzmianki o walorach leczniczych konia pochodzą z V wieku p.n.e. z dzieł Hipokratesa. W Niem- czech i krajach anglosaskich hipoterapia rozumiana jest wyłącznie jako fizjo- terapia lub gimnastyka na koniu. W Polsce w latach 80. powstał pierwszy ośrodek hipoterapeutyczny. Postrzegana jest ona przede wszystkim poprzez wymiar działań terapeutycznych związanych z koniem i jazdą na nim. Z uwagi na harmonizowanie rozwoju kierowana jest ona w głównej mierze do dzieci i młodzieży z takimi problemami, jak: zaburzenia rozwoju układu psychoruchowego, mózgowo porażenie dziecięce, niedorozwoje kończyn, jak też zaburzenia w sferze emocjonalnej i społeczno-komunikacyjnej. Stąd okazuje się efektywną metodą w pracy socjoterapeutycznej. Szczególnym walorem hipoterapii jest kontakt z żywym zwierzęciem, który w zasadniczy sposób wpływa na rozwój sfery emocjonalnej.

Wśród form hipoterapii wymienia się najczęściej terapię kontaktem z koniem, terapeutyczną jazdę konną, fizjoterapię na koniu oraz psychope- dagogiczną jazdę konną. Podczas gdy fizjoterapia na koniu stosowana jest głównie w wymiarze medycznym, to pozostałe formy stanowią efektywne metody socjoterapeutyczne. Dodatkowym argumentem za stosowaniem hipoterapii jest brak przeciwwskazań z punktu widzenia socjoterapeutycz- nego do jej stosowania. Skierowana może być do osób z szeregiem różno- rodnych trudności i zaburzeń, np. z zaburzeniami emocjonalnymi, zacho- wania, osobowościowymi i psychosomatycznymi, osób niedostosowanych

społecznie, uzależnionych, osób z nadpobudliwością psychoruchową, autystycznych czy znajdujących się w procesie resocjalizacyjnym.

Z punktu widzenia socjoterapii hipoterapia integruje umysł, ciało i ducha zgodnie z założeniem, że stymulacja aktywności człowieka wzmacniana jest zwrotnie poprzez związek sfery ruchowej z psychiczną. Stąd oddziałując choćby na jedną ze sfer stymulujemy także inne płaszczyzny funkcjonowania. Hipoterapia, wyrabiając umiejętność analizy sygnałów, integruje także zmysły, prowadząc do jasnego myślenia, antycypacji i odpowiedzialności za podejmowane decyzje, siebie i konia. To, co jest szczególnie ważne w procesie socjoterapeutycznym to fakt, że kontakt z koniem zmusza człowieka do stosowania się do określonych reguł i zasad. W przeciwnym razie nie będzie możliwe kontrolowanie reakcji konia. Świadome kontrolowanie ruchów konia dodatkowo wyrabia samodzielność i umiejętność koncentracji uwagi (Palmowska, 2007), szczególnie ważnej u osób nadreaktywnych.

Ta metoda pracy stanowi alternatywną formę spędzania czasu oraz pozwala na wybór konstruktywnych sposobów neutralizowania agresji i uzyskiwania odprężenia. Relaksacyjny wpływ konia na człowieka przyczynia się do normalizowania napięcia mięśniowego za sprawą ciepła jego ciała (wyższego o 1 stopień C) i rytmiki ruchów. Rytmika ruchów konia rozluźnia osoby nadmiernie napięte oraz pobudza osoby nadmiernie apatyczne i pozbawione energii. Ruch konia w stępie prowadzi do odprężenia centralnego i autonomicznego układu nerwowego. Kus z kolei dostarcza energii i dynamizuje działania. Kontakt z koniem wymaga aktywności na świeżym powietrzu, co dodatkowo relaksuje i wyrabia umiejętności orientacji przestrzennej. Ponadto jazda na koniu uczy świadomości własnego ciała, którym demonstrujemy swoją wolę. Poznawanie własnego ciała kształtuje tożsamość i poczucie „ja”. Percepcja świata z pozycji jeźdźca zwiększa poczucie własnej wartości, pewności siebie i autorstwa oraz zmienia perspektywę postrzegania swojego życia i swoich problemów. W relacji z koniem wytwarza się zaufanie, potrzeba rezygnacji z bierności, jak też wzmacnia się potrzeba bezpieczeństwa. Osoby dominujące i agresywne skłaniane są do wypracowania delikatności, osoby nieśmiałe lub wycofane uczą się efektywności komunikacyjnej na różnych poziomach. Hipoterapia stwarza zatem warunki do rozwoju umiejętności komunikowania się i zwiększa szanse nawiązywania pozytywnych kontaktów społecznych.

Hipoterapia poprawia też funkcjonowanie w sferze emocjonalnej. Każdy kontakt z koniem wywołuje emocje u człowieka, które w procesie socjoterapeutycznym wykorzystuje się do nauki wyrażania ich w sposób naturalny. Pomaga budować zaufanie do siebie i innych oraz poczucie bliskości. Tworząca się więź rozwija sferę emocjonalną u osób aspołecznych lub agresywnych.

## Zakończenie

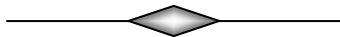
Szerokie doświadczenia z pracy pedagogiczno-psychologicznej potwierdzają bardzo silną, nierozzerwalną relację człowieka ze zwierzęciem. Zwierzęta zachęcają do kontaktu i zaangażowania emocjonalnego, co ułatwia osiągnięcie celów terapeutycznych niemalże w każdej grupie klientów. Stawia więc doskonale uzupełnienie tradycyjnych form terapii (Sawicka, 1999), a w niektórych przypadkach może być podstawową lub nawet jedyną formą terapii. Dostrzega się zatem potrzebę edukacji różnych grup zawodowych w zakresie animaloterapii, tak by stała się ona wyznacznikiem zawodu i profesjonalizmu.

## LITERATURA

- BEKOFF, M. (2010). *O zakochanych psach i zazdrosnych małpach. Emocjonalne życie zwierząt*. Kraków: Znak.
- BOHDANOWICZ, I. (2010). *Hipika w resocjalizacji osób uzależnionych od środków psychoaktywnych*. „Wychowawca”, nr 9.
- BRYMORA, B. (2012). *Pies w roli terapeuty*. „Wychowawca”, nr 1.
- BRZEZIŃSKI, T. (1988). *Historia medycyny*. Warszawa: PZWL.
- DROESCHER, V. (2002). *Cena miłości*. Warszawa: Cyklady.
- FIŁOZOF, J. (2005). *Dogoterapia. Zajęcia z dziećmi głębokiej niepełnosprawności intelektualnej w Orew Jarosław*. „Rewalidacja”, nr 2.
- FRANCZYK, A., KRAJEWSKA, K., SKORUPA, J. (2007). *Animaloterapia*. Kraków: Impuls.
- GASIŃSKA, M. (2009). *Hipoterapia inaczej*. „Fizjoterapia Polska”, nr 3.
- HART, S. (1996). *Mowa zwierząt*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- HEIDRICH, A., WRZEŚNIEWSKI, W. (2011). *Bezpieczeństwo osób korzystających z hipoterapii*. W: Z. Dziemianko, A. Kusztełak (red.). *Edukacja dla bezpieczeństwa*. Poznań: WWSHiU.
- JANCZUKOWICZ, J., TEGTMEIER, J., PALKA, L. (2005). *Kototerapia*. „Kot”, nr 2.
- KORDA, P. (1987). *Między nami zwierzętami*. Warszawa: IW Nasza Księgarnia.
- KULISIEWICZ, B. (2009). *Dogoterapia we wspomaganie nauki i usprawnianiu techniki czytania*. Kraków: Impuls.
- MACHOŚ-NIKODEM, M. (2007). *Dogoterapeutyczny program polisensorycznej stymulacji porozumiewania się: poradnik dla logopedów, dogoterapeutów i nauczycieli wykorzystujących terapię kontaktową w pracy z dziećmi z dysfunkcjami rozwojowymi*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- MAJEWSKA, B., KOHLER, R. (2005). *Dzieci, my i psy. Psy w terapii dzieci agresywnych i doświadczających przemoc*. „Niebieska Linia”, nr 4/39.
- MORRIS, D. (1997). *Ludzkie zoo*. Warszawa: Prima.
- MORRIS, D. (2000). *Naga matka*. Warszawa: Prima.
- NALEWAJ, I. (2005). *Jak pies z kotem*. „Kot”, nr 4.
- OBUCHOWSKI, K. (2000). *Od przedmiotu do podmiotu*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- PALMOWSKA, K. (2007). *Hipoterapia i onoterapia we wczesnej pomocy dzieciom niepełnosprawnym*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe im. KEN w Krakowie.

- PAWLIK-POPIELARSKA, B. (2005). *Terapia z udziałem psa*. Gdańsk: ViaMedica.
- SAWICKA, K. (1999). *Socjoterapia*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- SERPELL, J. (1999). *W towarzystwie zwierząt. Analiza związku ludzie-zwierzęta*. Warszawa: PIW.
- SINGER, S., HENSLEY, C. (2004). *Learning theory to childhood and adolescent firesetting: Can it lead to serial murder*. „International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology”, No. 48 (4).
- SZUMOWSKI, W. (1994). *Historia medycyny filozoficznie ujęta*. Warszawa: Sanmedia.
- WIĘCEK, J. (2007). *Zwierzyniec terapeutyczny*. „Ekoświat”, nr 2.  
[www.fundacjadogtor.org](http://www.fundacjadogtor.org) [dostęp: 25.08.2012].





# Zastosowanie metod arteterapeutycznych w socjoterapii dzieci i młodzieży

## Wprowadzenie

Większość dzieci i młodzieży bierze udział w zajęciach socjoterapeutycznych ze względu na rozmaite trudności, które przejawiają się w sposób najbardziej widoczny w ich zachowaniu. To zachowanie jest powiązane z przeżywanymi stanami emocjonalnymi o charakterze negatywnym oraz przekonaniami poznawczymi na temat siebie i świata (Derlikiewicz, 2006). Sposoby reagowania i funkcjonowania uczestników tych zajęć mogą znacznie odbiegać od społecznych oczekiwań i wydawać się niezrozumiałe. Zwykle stanowią nie lada wyzwanie dla otoczenia, które wymaga przestrzegania określonych, często nie spełnianych w tym wypadku standardów. Terapeuta i środowisko terapeutyczne, dążący do udzielenia im pomocy, podejmują się niełatwego zadania.

Ogólną podstawą terapii jest założenie, że zachowania, myśli i emocje dzieci i nastolatków są wynikiem doświadczeń w przeszłości lub aktualnie trudnych sytuacji, wchodzących w interakcję z czynnikami biopsychologicznymi (jak na przykład temperament), zgodnie z ustaleniami, że za rozwój i funkcjonowanie człowieka odpowiadają w połowie geny a w połowie środowisko. Zatem praca terapeutyczna na tym polu wymaga szerokiej wiedzy na temat rozwoju biopsychicznego i społecznego kontekstu funkcjonowania osób z tej grupy. Jednocześnie potrzebna jest znajomość wielu różnorodnych metod pracy oraz – przede wszystkim – umiejętności integracji tych dwóch obszarów w praktyce. Wśród rozmaitych form oddziaływania, które można zastosować w socjoterapii, są metody i techniki wywodzące się z terapii przez sztukę, zwanej arteterapią.

## 1. Arteterapia i jej metody

Natura metod arteterapeutycznych, będących przedmiotem tych rozważań, jest ściśle związana ze sposobem rozumienia arteterapii jako całości. Jest to szczególnie istotne z tego względu, że bardzo często tym samym terminem określa się odmienne rodzaje praktyk (Szulc, 2001). Słowo „arteterapia” składa się z dwóch części, szczególnie widoczne jest to w języku angielskim, w którym brzmi ono *art therapy*. Sugeruje to, że arteterapia jest zjawiskiem bazującym na dwóch równoważnych elementach: sztuce (twórczości) i terapii. Amerykańskie Stowarzyszenie Arteterapii (*The American Art Therapy Association, AATA, 2009*) definiuje tę dziedzinę w sposób dosyć ogólny. Określa ją jako profesję (zawód), która wykorzystuje proces tworzenia do podniesienia poziomu fizycznego, umysłowego i emocjonalnego dobrostanu osób w każdym wieku. Ta definicja opiera się na założeniu, że proces twórczy służący autoekspresji pomaga ludziom rozwiązywać problemy i konflikty, rozwijać umiejętności interpersonalne, kierować własnym zachowaniem, redukować stres, podnosić samoocenę i samoświadomość oraz osiągać wgląd.

Brytyjskie Stowarzyszenie Arteterapeutów (*The British Association of Art Therapists, BAAT*) w definicji z 2009 roku podaje bardziej szczegółową charakterystykę arteterapii. Zwraca uwagę, że jest to forma psychoterapii, która traktuje media artystyczne jako podstawowy sposób komunikacji. Osoby podejmujące arteterapię nie muszą posiadać zdolności artystycznych ani wcześniejszych doświadczeń plastycznych. Terapeuta nie koncentruje się w pierwszym rzędzie ani na wartościach estetycznych wytworzonych obiektów, ani na ich aspekcie diagnostycznym. Głównym jej celem nie jest diagnoza, ale umożliwienie uczestnikowi dokonania zmiany, wzrostu i rozwoju osobistego poprzez stosowanie materiałów artystycznych w bezpiecznych i sprzyjających temu warunkach. Podobnie, zgodnie z definicją Caroline Case i Tessy Dalley (2006), arteterapia jest wykorzystaniem środków artystycznych w wyraźnym, jednoznacznym celu: do wyrażania i przepracowywania trudności osoby uczestniczącej w terapii.

Ważną rolę przypisuje się tutaj specyficznej relacji terapeutycznej, która ma charakter trójkątny: zachodzi między osobą, dziełem a terapeutą (Case, Dalley, 2006). David Edwards (2004) dodatkowo wskazuje, że w takim bezpiecznym, wspierającym środowisku arteterapeutycznym uczestnik arteterapii może tworzyć obrazy i obiekty, mając na celu ich eksplorację oraz dzielenie się znaczeniami, które mogą być z nich odczytane. Wskutek tego osoba może lepiej zrozumieć siebie oraz naturę swoich problemów i trudności. To z kolei może prowadzić do pozytywnej, trwałej zmiany w postrzeganiu siebie w aktualnych relacjach oraz ogólnie rozumianej jakości życia.

Co istotne, tak rozumiana arteterapia obejmuje działania terapeutyczne, które polegają głównie na wykorzystaniu mediów o charakterze plastyczno-wizualnym, a nie odnosi się do wszystkich rodzajów psychoterapii wykorzystujących różne formy sztuki i twórczości (np. opartych na muzyce, literaturze itd.). One bowiem tworzą odrębne dyscypliny, takie jak: muzykoterapia, biblioterapia, bajkoterapia, choreoterapia.

Uwzględniając rozróżnienie zaproponowane przez Witę Szulc (2001), termin arteterapii ma raczej węższe niż szersze znaczenie, to znaczy odnosi się wyłącznie do terapii angażującej głównie twórczość plastyczną, a nie do działań obejmujących inne dyscypliny artystyczne.

Zgodnie z tym metody stosowane w pracy arteterapeutycznej bazują przede wszystkim na różnych formach plastycznego wyrazu. Należą do nich między innymi: malarstwo, rysunek, grafika, praca z tkaniną, tworzenie form przestrzennych z gliny, plasteliny, surowców naturalnych, rozmaitych przedmiotów, collage, techniki multimedialne<sup>1</sup>, takie jak fotografia (tradycyjna i cyfrowa) oraz tworzenie filmów i prac przy użyciu programów komputerowych. Nie wyklucza się przy tym okazjonalnego włączania w nie elementów opierających się na środkach wyrazu charakterystycznych dla innych form terapii przez sztukę, takich jak na przykład muzyka (lub dźwięki), literatura, drama, ruch czy taniec. Wplatanie dodatkowych form aktywności najczęściej pojawia się w wypadku pracy z młodszymi dziećmi, a także w działaniach z osobami z niepełnosprawnością intelektualną czy deficytami uwagi. Wynika to między innymi z ograniczonych możliwości koncentracji na jednorodnym działaniu. Z reguły jednak te „dodatkowe” elementy mają charakter uzupełniający i chociaż zdarza się, że mogą zdominować jakieś spotkanie, to w wymiarze całego procesu arteterapeutycznego stanowią jego mniejszą część<sup>2</sup>.

Metody stosowane w arteterapii na pierwszy rzut oka mogą w znacznym stopniu przypominać techniki, którymi posługują się uczniowie na lekcjach plastyki, uczestnicy warsztatów twórczego rozwoju czy wychowania przez sztukę<sup>3</sup>, uczestnicy warsztatów terapii zajęciowej, twórcy amatorzy, studenci kierunków artystycznych a nawet zawodowi artyści. Ze względu

---

<sup>1</sup> Metody te również mają charakter wizualny i są wykorzystywane w arteterapii, jednak w ostatnim czasie doszło do ich wyodrębnienia w nowe formy terapii przez sztukę, takie jak terapia fotografią czy terapia filmem, które korzystają wyłącznie z tego rodzaju form wypowiedzi.

<sup>2</sup> Względnie równomierne i naprzemienne korzystanie z różnorodnych mediów artystycznych (muzyka, literatura, poezja, ruch, taniec, śpiew itd.) występuje w innym, zbliżonym rodzaju oddziaływań – terapii ekspresyjnej (*Expressive Arts Therapy, Creative Arts Therapy*), której fundamentem jest proces ekspresji twórczej niezależnie od jej formy (por. Malchiodi, 2005).

<sup>3</sup> Istotnych uwag na temat różnicy pomiędzy tymi formami pracy a arteterapią, a także ważnych ustaleń terminologicznych w tym obszarze dokonuje Maria Paula Stasiakiewicz (2006).

na to podobieństwo działanie osób uczestniczących w tego rodzaju zajęciach może, osobie nieorientowanej w sytuacji, wydawać się dokładnie tym samym, co arteterapia (Rubin, 2010). Jednak metody arteterapeutyczne różnią się od „zwykłych” technik plastycznych lub działań artystycznych.

Po pierwsze, sposób ich zastosowania zależy od rodzaju przyjętego celu, który zawsze ma charakter terapeutyczny, a nie na przykład estetyczny czy rozwojowy. To cel terapeutyczny wyznacza zarówno formę (sposób realizacji), jak i treść (tematykę), które wchodzi w zakres danej metody. W arteterapii, tak jak w innych formach psychoterapii, każde oddziaływanie związane jest z pewnym modelem obejmującym czynniki prowadzące do zdrowia i choroby. Model ten stanowi podstawę stawianych celów. Z kolei zarówno modele, jak i metody wynikają z różnych wizji natury człowieka, którymi dysponują konkretne koncepcje terapeutyczne stanowiące teoretyczne ramy praktycznych oddziaływań (por. Cierpiałkowska, 2005)<sup>4</sup>. Znaczenie terapeutycznego celu stosowania metod arteterapeutycznych podkreśla się w sposób szczególny ze względu na fakt, że podobne zaangażowanie w twórczość plastyczną może samo w sobie pełnić wiele różnych pozytywnych funkcji, od dydaktycznej przez ludyczną lub komunikacyjną, aż po katarsko-kompensacyjną (Szulc, 1994). Jednak proces tworzenia sam w sobie nie jest terapią i nie zawsze ma charakter „zdrowiotwórczy” (Szulc, 2001). O terapeutycznej wartości metod wykorzystujących twórczość decyduje pewien kontekst (w tym wypadku arteterapeutyczny), który nadaje im określoną strukturę i organizuje wokół postawionych celów.

Kolejną różnicą pomiędzy metodami arteterapeutycznymi a technikami plastycznymi jest to, że niejako wykraczają one poza samą aktywność plastyczną. Proces arteterapeutyczny charakteryzuje się tym, że poza tworzeniem, ekspresją artystyczną obejmuje również element refleksji nad aktem tworzenia i/lub powstałą pracą w kontekście życia osoby uczestniczącej w terapii (Rubin, 2010; por. Betensky, 2009). We wszystkich odmianach arteterapii wyróżnić można fazę działania i fazę refleksji, wewnętrznego dialogu, który może także przyjąć postać rozmowy z arteterapeutą (Rubin, 2010). Chociaż każdy z tych dwóch elementów (tworzenie i rozmowa) z osobna może wywierać istotny wpływ terapeutyczny, to dopiero ich połączenie tworzy nową jakość. Taka integracja stanowi o specyfice arteterapii względem pozostałych aktywności z opisywanej grupy. To wyjątkowe połączenie

<sup>4</sup> W ramach całego obszaru arteterapii można wyróżnić kilkanaście różnych podejść terapeutycznych, np. psychoanalityczne, poznawczo-behawioralne, humanistyczne itd. (Rubin, 2001). Dysponują one nieco odmiennymi sposobami działania, wynikającymi z wizji natury ludzkiej, jednak szczegółowe ich omówienie wykracza poza ramy zainteresowań niniejszego artykułu. Ze względu na wspólne podstawy ich metody traktowane są tutaj w sposób łączny jako należące do pewnej puli narzędzi arteterapeutycznych.

występuje w ramach metod arteterapeutycznych. W każdą metodę w sposób immamentny wpisany jest „zamiar” czy „potencjał” dokonania refleksji nad zrealizowanym działaniem plastycznym i jego efektem w kontekście procesu terapeutycznego. Z tego względu metody arteterapeutyczne obejmują coś więcej niż tylko proces aktywności plastycznej, takiej jak rysowanie, malowanie czy lepienie.

## 2. Arteterapia a socjoterapia

Mając na uwadze przedstawioną powyżej charakterystykę arteterapii i ogólny opis metod arteterapeutycznych pojawia się pytanie: czy i w jaki sposób można odnieść je do pracy socjoterapeutycznej? Propozycja stosowania jednego rodzaju terapii (arteterapii) w ramach innego oddziaływania pomocowego (socjoterapii), zamiast na przykład zastąpienia jednego drugim, może wydawać się bowiem dosyć niejasna. Warto wskazać na wspólne założenia i różnice występujące między tymi dwoma formami oddziaływania, ponieważ mają znaczenie z perspektywy możliwości ich częściowego zespolenia.

Traktując socjoterapię jako formę terapii, w której kładzie się większy nacisk na czynniki interpersonalne i społeczno-środowiskowe niż intrapersonalne (*Słownik Psychologii*, 2000, za: Sudoł, 2006) można zauważyć, że najbliższa jest jej struktura arteterapii grupowej. Tym samym najbardziej odpowiednie i efektywne w pracy socjoterapeutycznej mogą być metody arteterapeutyczne stosowane właśnie w ramach arteterapii z grupą (w tym również rodziną). Bazują one bowiem w większym stopniu na dobroczynnym wpływie interakcji społecznych i relacji interpersonalnych niż metody, którymi posługują się arteterapeuci w pracy indywidualnej. Socjoterapia jest kierowana przede wszystkim do dzieci i młodzieży (Sawicka, 1999), w związku z czym najbardziej odpowiednimi metodami, które może zaproponować arteterapia, są te stosowane w pracy arteterapeutycznej właśnie z osobami należącymi do tej grupy. Niektóre z tych działań są stosowane również w pracy z osobami dorosłymi, ale część z nich jest bardziej dostosowana do możliwości, ograniczeń oraz trudności występujących na wcześniejszych etapach rozwoju (por. Stańko, 2009).

Proces socjoterapii może przebiegać w sposób częściowo analogiczny do procesu arteterapii, szczególnie w jej grupowej formie prowadzonej z dziećmi i młodzieżą. Jednak socjoterapia jako korekcyjna forma pomocy psychologicznej ma charakter interdyscyplinarny, pośredni pomiędzy psychoterapią a psychoedukacją i treningiem interpersonalnym (Sawicka, 1999). Tym właśnie różni się od arteterapii, która ma przede wszystkim wymiar

terapeutyczny. Zatem arteterapia może zaferować socjoterapii pewien nowy element działania, który w największym stopniu wpisuje się w zakres jej funkcji korekcyjnej.

Pojawia się jednak pytanie o powody stosowania aktywności plastycznej w ramach socjoterapii. Wprawdzie powszechnie uznaje się wartość uprawiania sztuki i tworzenia (w tym również w ramach arteterapii, por. Rubin, 2010), ale jak podaje Marian Liebmann (2004) istnieje kilka ważnych jej aspektów pracy z grupą. Po pierwsze, zastosowanie działań plastycznych dostarcza aktywności, w którą może się zaangażować każdy. Jest to szczególnie pomocne w wypadku grupy uczestników, którym trudno jest rozmawiać na pewne tematy (z różnych powodów). Czasem aktywność plastyczna stanowi jedyną możliwość komunikacji. Z pomocą metod arteterapeutycznych terapia może objąć większą liczbę różnych uczestników niż w wypadku terapii wyłącznie werbalnej. Co więcej, daje równe szanse uczestnictwa w grupie, ponieważ każdy może przystąpić do działania w tym samym czasie i według indywidualnych możliwości i upodobań.

Twórczość stanowi również nowy wymiar w doświadczeniach grupy, ponieważ osoby widzą prace innych uczestników i bardzo często je komentują słowami. Doświadczenia związane z ich tworzeniem także często są przedmiotem rozmów, co może pomagać w uruchamianiu procesów wglądowych. W wyniku działań plastycznych powstaje wiele materiałów wizualnych i treści werbalnych, co ma dynamizujący wpływ na proces grupowy. Poza pracą indywidualną, wspólna aktywność plastyczna stwarza możliwość interakcji i współdziałania, czemu – jak już wcześniej wspomniano – przypisuje się ważne znaczenie z perspektywy założeń socjoterapii (Liebmann, 2004). Już sama twórczość plastyczna w ramach socjoterapii pomaga realizować zmiany o charakterze terapeutycznym, ale również kreatywnym, które są związane bardziej z celami rozwojowymi i edukacyjnymi (por. Słysz, 2008).

### **3. Metody arteterapeutyczne w socjoterapii**

W ramach praktyk podejmowanych podczas zajęć socjoterapeutycznych wykorzystuje się różne techniki i sposoby pracy. Zaliczane są do nich między innymi dialog terapeutyczny i rysunek terapeutyczny, a niektórzy wskazują nawet na arteterapię, chociaż w innym niż prezentowane tutaj rozumieniu (Derlikiewicz, 2006). Wymienione metody są bliskie metodom arteterapeutycznym. Wskazywany komponent dialogu, jak już wcześniej wspomniano, należy do kluczowych elementów działań arteterapeutycznych. Jeśli chodzi o technikę rysunku wykorzystywanego w klasycznej formie w różnych rodzajach terapii (w tym w socjoterapii), to wskazuje się

głównie na jego aspekt diagnostyczny. Tym samym pomimo wspólnej nazwy oraz bazowania na tej samej formie aktywności jego rola jest nieco inaczej pojmowana niż technik rysunkowych w arteterapii, które w większości wypadków nie koncentrują się na roli diagnostycznej.

Ważne jest również odróżnienie tego, co część autorów nazywa arteterapią jako techniką wykorzystywaną w socjoterapii, a omawianymi tutaj metodami arteterapeutycznymi. Termin „arteterapia” stosowany bywa na określenie szeroko rozumianego kontaktu ze sztuką oraz na aktywności o charakterze plastycznym, muzycznym itd. Działania te sprowadzają się często do różnych aktywności twórczych, które w sposób naturalny niosą ze sobą określone korzyści, np. poczucie sukcesu wynikające z ukończenia danej pracy lub rozwój kreatywności czy wrażliwości estetycznej. Nie pełnią one jednak funkcji *stricto* psychoterapeutycznej. Nieco większy potencjał terapeutyczny posiadają te spośród podejmowanych działań plastycznych, które nakierowane są na możliwości wypowiedzi za pomocą obrazów czy symboli (Derlikiewicz, 2006). Dostarczają one okazji do konfrontacji z doświadczeniami, które czasem są zbyt trudne do werbalizacji, co może być pierwszym krokiem na drodze do zmiany. Tego rodzaju praktyki są bliższe temu, co nazywamy pracą arteterapeutyczną.

Warto zauważyć, że wbrew wrażeniu o możliwości nieskomplikowanego przeniesienia działań stosowanych w arteterapii na różne konteksty nie wszystkie one mogą być stosowane na gruncie socjoterapii, przynosząc równie korzystne rezultaty. Niektóre z metod arteterapii wydają się tu bardziej odpowiednie do wykorzystania niż inne. Wynika to z faktu, że terapeutyczna rola socjoterapii polega raczej na dążeniu do wzmocnienia osobowości na drodze realizacji celów rozwojowych i edukacyjnych niż przepracowywaniu dawnych (świadomych lub nie) doświadczeń (Sawicka, 1999). Spośród działań arteterapeutycznych najbardziej korzystne będą więc te, za pomocą których możliwe jest dostarczenie nowych, korekcyjnych i kompensacyjnych doświadczeń będących w opozycji do często przeżywanym poza terapią sytuacji trudnych i wydarzeń traumatycznych. Sposobność doświadczenia bardziej pozytywnych sytuacji może prowadzić do gromadzenia ważnych zasobów w zakresie własnych kompetencji (na przykład wzrostu poczucia własnej wartości, poczucia sprawstwa i własnej skuteczności) oraz zasobów o charakterze społecznym (jak na przykład sieć wsparcia, bliskie relacje interpersonalne). Te z kolei stanowią bazę dla rozwoju i zmiany raczej poprzez rozbudowywanie mocnych stron niż na zasadzie analizy i zmiany trudnych warunków funkcjonowania. W tym wypadku można mówić o dochodzeniu do terapeutycznej zmiany w sposób pośredni.

Wiele z metod stosowanych w arteterapii bardzo dobrze wpisuje się w założenia pracy socjoterapeutycznej, do której priorytetów należy między

innymi zapewnienie możliwości odreagowania i redukcja napięcia emocjonalnego. Efektem wielu działań arteterapeutycznych jest właśnie obniżenie poziomu doświadczanego stresu, włącznie z możliwością przeżycia *katharsis*. Jednocześnie integralnym składnikiem wielu z nich jest dostarczanie przyjemności, czyli pełnienie roli hedonistycznej. Innymi słowy, działania te po prostu dostarczają pozytywnej emocji oraz przyjemności osobie, która je realizuje, niezależnie od pełnienia przez nie innych funkcji.

## 4. Przykłady metod

Biorąc pod uwagę powyższe refleksje na temat ogólnych właściwości metod arteterapeutycznych w największym stopniu adekwatnych dla socjoterapii, poniżej przedstawiono kilka przykładów możliwych do zastosowania w tym obszarze.

### 4.1. Praca indywidualna

Metodą o charakterze indywidualnym, która jednak może zostać rozwinięta do postaci grupowej jest metoda o angielskiej nazwie *Self-boxes* (Ja-pudełka). Metoda ta może być bardzo przydatna na początkowych etapach pracy grupy (Waller, 1993). Wykorzystywane są w niej zwykle papierowe pudełka lub kartony oraz duża ilość łatwych w użyciu materiałów, takich jak: kredki, pisaki, kolorowe gazety, papiery, folie, materiały, małe przedmioty, taśmy, kleje, nożyczki itd. „Powszechność” zwykłego kartonu oraz materiałów może wpływać uspokajająco na uczestników, dając do zrozumienia, że nie oczekuje się od nich tworzenia „wielkich dzieł”. Ich zadaniem jest wykorzystanie kartonu i materiałów w taki sposób, aby jego środek odnosił się do ich własnego „wnętrza”, tego kim są i jak siebie postrzegają, a to co na zewnątrz pudełka ma ukazywać, jacy są „na zewnątrz”, jak są widziani bądź w jaki sposób się prezentują. Ilość czasu potrzebna na konstrukcję dzieła może się różnić w zależności od warunków pracy (tj. typ i liczebność grupy, czas trwania całych zajęć), ale również tego, czy zależy nam na wywołaniu szybkiego, spontanicznego czy też bardziej przemyślanego procesu tworzenia.

Działanie to może przypominać raczej zabawę z lat dziecięcych i dostarczać przyjemności płynącej z zaangażowania i efektów. Jednak istotą tego procesu jest wywołanie refleksji oraz pogłębionej dyskusji na temat powstałych prac (swoich i cudzych) oraz własnych odczuć. W wypadku ograniczonej ilości czasu szczegółowe omawianie pracy każdej z osób bywa niemożliwe. W takich sytuacjach dyskusja ma być początkiem refleksji, która może

być kontynuowana w sposób samodzielny. Jak wskazuje Diane Waller (1993), warto pozostawić uczestnikom swobodę decyzji w kwestii pokazania wnętrza pudełka innym członkom grupy. Pozwala to zachować poczucie bezpieczeństwa i możliwość zachowania sfery prywatnej dla siebie na tak długo, jak się potrzebuje. Niektóre osoby uwzględniają to od razu, pozostawiając karton otwarty lub z „oknami”, inni natomiast mogą się na to zdecydować później lub wcale. Wszystko to będzie miało wpływ na późniejszy przebieg rozważań i dyskusji w grupie.

Projekt ten można kontynuować na różne sposoby w zależności od okoliczności, można też go rozwijać podczas kolejnych spotkań. Ciekawe może też być dokonywanie zmian w pracach, związane ze zmianami następującymi w czasie terapii. Innym ze sposobów jest próba zaaranżowania miejsca do pracy poprzez umieszczenie go w jakiejś przestrzeni i dokonanie w niej dowolnych zmian, które zdaniem osoby są potrzebne. Natomiast w celu wywołania pogłębionej interakcji między uczestnikami proponuje się przygotowywanie wspólnego miejsca przez kilka osób działających w podgrupach (przy czym podział na te podgrupy może nastąpić drogą losową lub na zasadzie samodzielnego doboru). Po zakończeniu tego działania wszystkie podgrupy odwiedzają kolejne miejsca, co stanowi przyczynek do dalszej dyskusji.

Metoda ta posiada znaczny potencjał terapeutyczny, będąc jednocześnie ciekawym doświadczeniem. Z jednej strony porusza problem tożsamości i „prawdziwego ja”, a z drugiej przynosi refleksję dotyczącą interakcji społecznych, a dokładniej tego, w jaki sposób osoba się „prezentuje” na zewnątrz i jaki wpływ może to mieć na jej relacje w grupie i całościowe funkcjonowanie. Prowokuje do konfrontacji przekonań na temat siebie samego z oczekiwaniami innych osób. Ponieważ związana jest z otrzymywaniem informacji zwrotnych od innych członków grupy, może być też źródłem wiedzy pomocnej w dokonywaniu ewentualnych przemian.

## 4.2. Praca w parach

Ciekawą i jedną z najbardziej klasycznych metod arteterapeutycznych jest metoda zwana „Bazgrotaami” (*Squiggles*) pochodząca pierwotnie z prac Winnicotta (1971, za: Malchiodi, 2003), na stosować w pracy indywidualnej i wtedy biorą w niej udział terapeuta i uczestnik lub też w pracy grupowej, jak zajęcia socjoterapeutyczne, i wtedy realizowana jest ona przez pary uczestników. Działanie ma nieskomplikowany charakter, ponieważ polega na wykonaniu na papierze dowolnej bazgroty, bez uprzedniego zastanowienia się i następnie wymienieniu się kartkami z bazgrotaami ze swoim partnerem. Zadaniem drugiej osoby jest przyjrzenie się bazgrocie i zrobienie

z niej jakiegoś obrazka. W tym celu może go w pewnym stopniu przekształcić według swojego upodobania (dodać kształty, kolory itd.), ale ma również wykorzystać istniejącą, stworzoną przez partnera rysunkową „strukturę”.

Zazwyczaj taki proces jest kilkakrotnie powtarzany, w wyniku czego obaj uczestnicy tworzą po kilka prac. Refleksja i dyskusja towarzyszące tej metodzie odnoszą się do wykonanych rysunków. Osoby mówią o tym, co „zobaczyły” w bazgrocie i w jaki sposób dokończyły prace, natomiast partner opowiada o swoich wrażeniach na temat tego, w jaki sposób jego bazgrota została przekształcona i jakie emocje w nim wywołuje. Chociaż metoda ta ma swoje korzenie w tradycji psychodynamicznej, analiza prac może się odbywać na różnym poziomie pogłębienia: od głębokiej interpretacji zakładającej występowanie procesów projekcji i symbolizacji (to szczególnie w wypadku wspólnej pracy z terapeutą), do swobodnych spostrzeżeń i odczuć na temat takiego doświadczenia tworzenia i jego efektów. Jeden i drugi sposób może być źródłem nowych, cennych informacji na temat siebie samego i prowokować do rozważań na temat różnych aspektów własnego życia.

Metoda ta może być przydatna w ramach rozgrzewki lub też w sytuacji, kiedy grupa „ugrzęźnię”, jest niechętna do pracy. Ułatwia ona bowiem nawiązanie kontaktu, pobudza wyobraźnię i zachęca do spontanicznego działania z ograniczoną oceną. Przypomina nieco swobodną zabawę i może dostarczyć pozytywnych emocji związanych z zaskoczeniem i odkrywaniem.

W wersji nieco zmodyfikowanej metoda ta może również pełnić bardzo ważną funkcję komunikacyjną. W takiej sytuacji rysowanie nie odbywa się równolegle, ale po kolei, zazwyczaj na osobnych kartkach i rysunek jednej osoby (zazwyczaj terapeuty) ma stanowić niewerbalną „odповідź” na to, co stworzyła chwilę wcześniej druga. Tym sposobem można nawiązać kontakt na innej niż werbalna płaszczyźnie, a potem ewentualnie uzupełnić go o wymianę słowną. Ma to bardzo duże znaczenie w pracy z osobami niechętnymi do mówienia o sobie i swoich przeżyciach, z różnych względów. Pozwala to często poszerzyć zakres rozmowy i poruszyć tematy, które wcześniej się nie pojawiły w ramach spotkań. Ponieważ wynikają one z wykonanych prac, ich omówienie polegające na odwoływaniu się do istniejących dzieł może być mniej zagrażające i ułatwiać rozmowę.

### 4.3. Praca grupowa

Część metod z zakresu arteterapii grupowej jest tak skonstruowana, że w pracy nad jednym dziełem biorą udział wszyscy uczestnicy zajęć. Takie wspólne działanie w szczególnie sposób wykorzystuje siłę, jaka tkwi w grupie i jej możliwości w zakresie wzbudzenia czynników leczących (por.

Yalom, Leszcz, 2011). Należą do nich: poczucie zrozumienia i wzajemne wsparcie w rozwiązywaniu problemów, uczenie się od innych członków grupy, wypróbowywanie nowych, innych niż dotychczas zachowań społecznych i badanie reakcji na nie, a także doświadczenie bycia pomocnym i potrzebnym (Liebmann, 2004). Metody te pobudzają procesy grupowe, które mogą mieć silny wpływ na jednostkę. Istnieje kilka odmian tego typu metod. Praca może polegać bądź na wspólnym tworzeniu jednego dzieła, bądź też na dodawaniu własnego wkładu do prac każdego z uczestników, kolejno przez pozostałe osoby.

Przykładem metody pierwszego typu jest zadanie, w ramach którego wszyscy uczestnicy wspólnie wykonują jedno duże dzieło. W tej sytuacji cała grupa podejmuje działanie w tym samym czasie. Jednak istnieje wiele możliwości w odniesieniu do tego, czym ma się ona zajmować. Jedną z nich jest pozostawienie swobody decyzji całej grupie co do tematu oraz sposobu wykonania dzieła. W takim wypadku terapeuta proponuje jedynie wykonanie pracy, a reszta zależy już wyłącznie od grupy. W innej wersji tej metody zarówno temat, jak i ogólny sposób jego realizacji są zawarte w instrukcji. Może to być wspólne namalowanie jednego obrazu na dowolny temat czy też skonstruowanie dzieła przedstawiającego w jakiś sposób właśnie tę konkretną grupę (np. jej wspólne doświadczenia, przesłanie tej grupy dla innych) lub stworzenie kolażu ukazującego miejsce dla całej grupy, tj. przykładowo dom, wyspa, planeta (por. Liebmann, 2004) itp. Refleksja nad działaniem w tej metodzie obejmuje zazwyczaj próbę odpowiedzi na pytania dotyczące na przykład tego, w jaki sposób praca grupowa się zaczęła (kto przejął inicjatywę, kogo sugestie pominięto), w jaki sposób przebiegała (czy wszyscy brali udział w działaniu, kto był liderem, czy ktoś się wycofał), jakich doświadczeń dostarczyła (np. w związku z problemem zachowania granic) (Liebmann, 2004). W wyniku stosowania tego rodzaju metod mają szansę ujawnić się w sposób silny procesy grupowe, których analiza może wiele wniesić w zakresie gotowości do zmian w funkcjonowaniu uczestników.

Drugim wariantem tego rodzaju działań grupowych są metody, w których uczestnicy niejako „uzupełniają” prace wykonane przez innych. Podstawowa zasada polega na tym, że każdy z uczestników siedzących w kręgu w krótkim czasie wykonuje jakąś pracę, na przykład z wykorzystaniem gliny, a następnie przekazuje ją osobie po swojej prawej stronie. Po otrzymaniu pracy od „sąsiada” osoba dodaje do niej coś od siebie, przy czym kwestia tego czy można pracę zupełnie modyfikować, czy tylko uzupełniać leży w gestii prowadzącego. Po dokonaniu zmiany przekazuje się każde dzieło kolejnej osobie, która również przyczynia się do jego rozwoju. Proces ten zachodzi aż do momentu, w którym praca wróci do właściciela (zakończenia rundy). Podobnie jak w poprzedniej metodzie można zaproponować tutaj

mniej lub bardziej uszczegółowioną jej wersję. Temat może mieć charakter dowolny i wtedy każda osoba wykonuje pracę, o czym tylko chce. Może też być od początku nakreślony i w takim wypadku całe doświadczenie może być źródłem silniejszych przeżyć, jak na przykład w sytuacji, kiedy tematem pierwotnym jest ulepienie „swojego największego marzenia”. Refleksja i dyskusja następujące po całym przebiegu pracy dotyczą tego, w jaki sposób zostały zmodyfikowane początkowe projekty oraz jakie emocje budzą te zmiany u „właścicieli” dzieł. Ważne są również spostrzeżenia i doświadczenia uczestników wchodzących w rolę osób postrzegających i modyfikujących prace.

W nieco innej wersji tego działania każdy z uczestników dysponuje odmiennym narzędziem (np. różnymi kolorami pisaków) lub uczestnicy uzupełniają oddzielne przestrzenie tej samej kartki (która może być liniami podzielona na osobne obszary). W ten sposób po zakończeniu „rundy” osoby mogą zgromadzić prace wykonane przez siebie na różnych kartkach, spróbować dostrzec charakterystyczne dla siebie wzorce tworzenia i objąć je refleksją. Tematem przewodnim może być budowanie pewnej historii za pomocą kolejnych rysunków lub też po prostu niezależne tworzenie na określony temat, na przykład rysowanie pod hasłem „moje osoby wyjątkowe” (Buchalter, 2006). Po powrocie pracy do właściciela może on dokonać refleksji nad podobieństwem i różnicami między swoim rysunkiem a rysunkami innych. Z drugiej strony każdy z uczestników może zebrać od pozostałych fragmenty kartek, na których rysował i dokonać refleksji nad wszystkimi dziełami, które stworzył. Tematy poruszane w tego rodzaju pracy mogą być bardzo różne, ale dobrze sprawdzają się rozmaite aspekty zagadnień często wprowadzanych na zajęciach socjoterapeutycznych, takich jak: przyjaźń, miłość, rodzina, aspiracje, czas wolny (Sawicka, 1999), w zakresie których każdy ma jakieś doświadczenia, którymi można się dzielić z innymi.

## 5. Dylematy praktyczne

Omawiając możliwości wykorzystania metod arteterapeutycznych w procesie socjoterapii, należy zwrócić uwagę na problemy, które są związane z realizacją różnego rodzaju propozycji w praktyce. Skuteczność stosowania metod arteterapeutycznych w socjoterapii zależy od zespołu czynników ogólnych oraz kilku bardziej specyficznych. W zakres warunków o charakterze podstawowym wchodzi te, które decydują o przebiegu socjoterapii w ogóle, na przykład kompetencje terapeuty oraz warunki organizacyjne (tj. odpowiednia sala, wyposażenie, odpowiednia liczebność i dobór uczest-

ników) (Derlikiewicz, 2006). Do bardziej specyficznych należą kwestie związane z realizacją pracy za pomocą metod właściwych arteterapii.

Pewne wątpliwości pojawiają się już bowiem na początkowym etapie, a mianowicie podczas próby wyboru określonych metod, które zostaną wykorzystane przez terapeutę w procesie socjoterapii. Istnieje bowiem wiele publikacji, które proponują różne ćwiczenia i metody z zakresu arteterapii. Mogą się one wydawać doskonałym źródłem niezliczonych technik do zastosowania na przykład w ramach zajęć socjoterapeutycznych z dziećmi i młodzieżą. Wprowadzie tego typu propozycje są niezwykle przydatne w pracy praktycznej, zazwyczaj mają one jednak charakter ogólny i są skierowane „do wszystkich”. Zatem nie powinny być traktowane jak – ujmując metaforycznie – „zbiór przepisów w książce kucharskiej”.

Należy mieć świadomość, że w odniesieniu do pracy arteterapeutycznej proponowane metody nie mają uniwersalnego charakteru i warto zachować pewną ostrożność w korzystaniu z nich. Działania oparte na aktywności plastycznej same w sobie zawierają pierwiastek nieprzewidywalności, który jest integralnie wpisany w każdy proces tworzenia. Jeszcze większe prawdopodobieństwo zetknięcia z nieoczekiwanymi rezultatami występuje podczas stosowania metod arteterapeutycznych, które poza samą aktywnością plastyczną obejmują dodatkowo element ekspresji własnego doświadczenia i refleksję. Z drugiej strony trudno oczekiwać publikacji zindywidualizowanych propozycji pracy, ponieważ musiałoby być ich nieskończenie wiele. Dlatego też proces odpowiedniego doboru i dopasowania „gotowych” propozycji do konkretnego uczestnika leży nie po stronie autorów podręczników, ale po stronie terapeutów przygotowujących zajęcia.

W pracy mającej cele terapeutyczne dostosowanie metod polega na ich odpowiedniej modyfikacji, czyli uwzględnieniu takich czynników, jak wiek oraz etap rozwoju uczestników, a także ich specyficzne potrzeby, możliwości i ograniczenia związane z określonymi trudnościami (Stańko, 2008). Wiedza na temat tych okoliczności, jak również znajomość środowiska dzieci i młodzieży stanowią ważne determinanty przebiegu pracy i jej rezultatów. Na przykład zupełnie inaczej mogą wyglądać rezultaty wykorzystania metody „bazgrołów” z dziećmi przejawiającym zaburzenia zachowania a dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną. W odmienny sposób wykonają daną pracę dzieci w wieku przedszkolnym i gimnazjaliści.

W pracy praktycznej wielokrotnie pojawiają się dylematy związane z ograniczeniami proponowanych metod w zetknięciu z aktualnymi, nie do końca rozpoznanymi wcześniej warunkami. Na przykład próba zastosowania metody opartej na bardziej długotrwałym, kilkietapowym działaniu podczas pracy z dzieckiem z nadpobudliwością psychoruchową i deficytami

uwagi może być bardzo dużym wyzwaniem (o ile w ogóle jest możliwa do zastosowania).

Ze względu na możliwe trudności związane ze stosowaniem metod proponowanych w literaturze warto inspirować się opracowaniami, które dotyczą pracy z określoną grupą uczestników. Nierzadko pokazują one metody stosowane z bardziej jednorodną grupą uczestników, na przykład z osobami z zaburzeniami lękowymi, zaburzeniami odżywiania, niepełnosprawnością intelektualną, ruchową itd. (Stańko, 2008). W związku z tym można je z większą pewnością stosować w pracy z analogiczną grupą uczestników, zwłaszcza że bardzo często zostały już sprawdzone w praktyce a rezultaty ich stosowania są opisane.

Poza wcześniejszym przygotowaniem w postaci starannego doboru i dopasowania metod, prowadzenie działań arteterapeutycznych w sposób możliwie najbardziej efektywny wymaga także uważnej obserwacji reakcji uczestnika. Jego zachowanie może odbiegać od oczekiwanego, nawet jeśli wcześniej starano się bardzo dobrze dopasować metodę i przewidzieć jej rezultaty. Sposób zachowania osoby zaangażowanej w zadanie może być podstawą dalszej modyfikacji działania (która odbywać się będzie w tym wypadku „na gorąco”) oraz dostosowania do jej bieżącego zachowania. W korzystaniu z tego rodzaju metod pomocne zatem będzie zachowanie elastyczności (oczywiście w rozsądnych granicach) oraz pewnej gotowości do radzenia sobie z sytuacjami nieprzewidywanymi. Kompetencje te stanowią jedną z determinant efektywności pracy.

## Zakończenie

Celem niniejszych rozważań było przybliżenie natury metod arteterapeutycznych z perspektywy teoretycznej i praktycznej oraz ukazanie możliwości ich refleksyjnego wykorzystania w pracy socjoterapeutycznej z dziećmi i młodzieżą.

Na początku dokonano ogólnej charakterystyki arteterapii i metod, które się w niej stosuje oraz ich umiejscowienia w kontekście działań socjoterapeutycznych. Następnie w sposób krytyczny omówione zostały problemy związane zarówno z oferowaniem, jak i realizacją propozycji narzędzi arteterapeutycznych w pracy terapeutycznej. W dalszej kolejności zaprezentowano konkretne przykłady metod arteterapeutycznych, które można włączyć w repertuar aktywności podejmowanych w ramach socjoterapii, w zależności od zakładanych celów i warunków pracy. Posłużyły one zilustrowaniu omawianych problemów i w żadnym stopniu nie wyczerpują szerokiej gamy metod arteterapeutycznych, które mogą być zastosowane w socjoterapii.

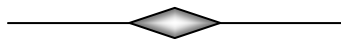
Miały one stanowić rodzaj inspiracji i zachętę do własnych poszukiwań w tym obszarze.

Na zakończenie przedstawiono niektóre wskazówki dla osób zainteresowanych stosowaniem tych metod, odnoszących się do ich możliwie najbardziej efektywnego wykorzystania.

## LITERATURA

- BETENSKY, M. (2009). *What Do You See?: Phenomenology of Therapeutic Art Expression*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- CASE, C., DALLEY, T. (2006). *The Handbook of art therapy*. New York: Routledge.
- CASE, C., DALLEY, T. (2008). *Art Therapy with children. From Infancy to Adolescence*. New York: Routledge.
- DERLIKIEWICZ, E. (2006). Socjoterapia jako proces i metoda pracy z dziećmi i młodzieżą. [online] [www.sosw.uznam.net.pl/dokumenty/referaty/socjoterapia.pdf](http://www.sosw.uznam.net.pl/dokumenty/referaty/socjoterapia.pdf) [dostęp: 12.2010]
- CIERPIAŁKOWSKA, L. (2005). *Psychoterapia indywidualna i grupowa*. W: H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna*. Tom I. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 269–297.
- EDWARDS, D. (2004). *Art therapy*. London-Thousan Oaks-New Delhi: Sage Publications.
- MALCHOLDI, C. (2003). *The handbook of art therapy*. New York: The Guilford Press.
- RUBIN, J.A. (2010). *Introduction to art therapy: sources & resources*. New York: Routledge.
- RUBIN, J.A. (2001). *Approaches to art therapy: Theory & technique*. New York: Brunner-Routledge.
- SAWICKA, K. (1999). *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*. W: K. Sawicka (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, s. 9–29.
- STAŃKO, M. (2008). *Odbiorcy, metody i efekty arteterapii – synteza badań*. W: W. Karolak, B. Kaczorowska (red.). *Arteterapia w medycynie i edukacji*. Łódź: Wydawnictwo WSHE.
- STAŃKO, M. (2009). *Arteterapia z dziećmi i młodzieżą – perspektywa rozwojowa*. „Psychiatria”, 2, s. 66–73.
- SŁYSZ, A. (2008). *Główne czynniki zmiany w socjoterapii dzieci i młodzieży*. W: J. Słapińska (red.). *Pojęcie zmiany w teorii i praktyce psychologicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- SZULC, W. (1994). *Kulturoterapia: wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno-oświatowej w lecznictwie*. Poznań: Wydawnictwa Uczelniane AM.
- SZULC, W. (2001). *Sztuka w służbie medycyny: Od antyku do postmodernizmu*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- SUDOŁ, J. (2006). *Socjoterapia*. <http://www.przedszkola.edu.pl/socjoterapia.html?piol=1> [dostęp: 12.2010].
- The American Art Therapy Association, AATA (2009). <http://www.arttherapy.org/> [dostęp: 12.2010].
- The British Association of Art Therapists, BAAT (2009). <http://www.baat.org/> [dostęp: 12.2010]
- WALLER, D. (1993). *Group Interactive Art Therapy CL*. London: Routledge.
- YALOM, I., LESZCZ, M. (2011). *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo UJ.





# Muzyka, ruch, przestrzeń w rytmice i rytmikoterapii

## 1. Muzykoterapia – podstawowe zagadnienia

Zagadnienia dotyczące muzykoterapii pojawiają się obecnie w wielu kontekstach, najczęściej medycznym, terapeutycznym, edukacyjnym, ale także socjoterapeutycznym i profilaktycznym. Tak różnorodne przywoływanie muzykoterapii skłania do refleksji nad szerokim zastosowaniem muzykoterapii w leczeniu i edukacji, jak również do poszukiwania definicji, która wskaże ów szeroki zakres działań muzykoterapeutycznych. Muzykoterapia określana jest najczęściej jako działanie, w którym muzyka współtworzy proces terapeutyczny, wspiera podjęcie tego procesu oraz przyczynia się do lepszej realizacji jego celów wskutek czego zwiększa skuteczność terapii. Można zatem powiedzieć, że proces terapeutyczny prowadzony jest w oparciu o muzykę i przy wsparciu muzyki (Kuczyńska, Makowska, 2003, s. 39). Bardzo szeroką definicję przyjmuje Amerykańskie Stowarzyszenie Muzykoterapeutyczne (*American Music Therapy Association*), które rozumie muzykoterapię jako: „rozwinęty rodzaj procesu leczenia, w którym muzyka używana jest terapeutycznie w celu wywołania pozytywnych zmian w psychicznym, fizycznym, poznawczym albo społecznym funkcjonowaniu jednostki z problemami zdrowotnymi lub edukacyjnymi [...]” ([www.musictherapy.org](http://www.musictherapy.org)).

To ujęcie ukazuje kilka obszarów zastosowania muzykoterapii, przede wszystkim wskazując na możliwość stosowania terapii na poziomie fizycznym i psychicznym, ale także na jej użyteczność w medycynie, edukacji i socjoterapii. W odniesieniu do powyższej definicji postaram się ustosunkować do przytoczonych wyżej zagadnień.

Po pierwsze, warto zwrócić uwagę na holistyczne ujęcie działań muzykoterapeutycznych, które zakłada, że muzyka oddziałuje zarówno na ciało,

jak i umysł człowieka, co oznacza, że niesie w sobie potencjał uzdrawiania na poziomie psychicznym i fizycznym równocześnie. Wynika z tego, że psychika człowieka jest tak silnie połączona z somatyką, że mówiąc o oddziaływaniu muzycznym, powinniśmy mieć na myśli jego wpływ na całość ustroju człowieka, co podkreśla Tadeusz Natanson, twierdząc, że muzykoterapia to „metoda postępowania wielostronnie wykorzystująca wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka” (Lewandowska, s. 46). Muzyka wywołuje u człowieka reakcje emocjonalne (Kukielczyńska, 2002, s. 45), te z kolei wpływają na przemiany biochemiczne i reakcje wegetatywne zachodzące w organizmie. Jakiego rodzaju są to zmiany, wskazują badania naukowe, w których jasno się stwierdza, że muzyka przyspiesza krążenie krwi, stymuluje szybkość pulsu i przemianę materii, zmienia napięcie mięśni, wpływa na oddychanie (Lewandowska, 2001, s. 46–47).

Oczywiście odnotowywane zmiany czynności układu wegetatywnego zależą od rodzaju muzycznej stymulacji, przyjmuje się więc, że uspokojeniu sprzyja muzyka o melodyce spokojnej, szerokooddechowej, konsonansowej harmonice, trójdzielnej metroritmice, wolnym tempie i zrównoważonej dynamice (zob. Kukielczyńska, 2002, s. 46). Trudno zatem oddzielić oddziaływanie muzyki na sferę psychiczną od oddziaływania na sferę fizyczną. Niewątpliwie następuje tu sprzężenie zwrotne, które stanowi istotny atut działań muzykoterapeutycznych, ale także sprawia, że muzykoterapeuta musi mieć świadomość pracy z niezwykle wrażliwą materią.

Drugi poruszony w definicji AMTA (*American Music Therapy Association*) obszar dotyczy poznawczego i społecznego funkcjonowania jednostki z problemami zdrowotnymi i edukacyjnymi. Tutaj poszukuje się terapeutycznej roli muzyki, która może kompensować deficyty, wpływać pozytywnie na funkcjonowanie jednostki w grupie i w społeczeństwie. Co więcej, może pobudzać procesy poznawcze poprzez działania aktywizujące, rozwijające kreatywność, a w konsekwencji wpływać wartościująco na samoocenę jednostki. Podejmowane przeze mnie rozważania koncentrować się będą zatem na wpływie zajęć muzykoterapeutycznych na rozwój osobisty dziecka, postrzeganie przez nie siebie jako jednostki oraz członka grupy społecznej, a także kształtowanie umiejętności społecznych. Chcąc wskazać na najważniejsze aspekty socjoterapeutyczne działań muzycznych, warto zwrócić uwagę na kształtowanie się poglądów na muzykoterapię, bowiem jej walory socjoterapeutyczne i edukacyjne traktowano najpierw marginalnie, choć oczywiście były akcentowane przez niektóre szkoły.

Początkowo muzyka w terapii postrzegana była jako substytut środka farmakologicznego, niejednokrotnie przygotowywano wręcz swoistego rodzaju recepty muzyczne: zestawy utworów, których słuchanie miało przynieść określony skutek terapeutyczny (Galińska, 1990, s. 221). Takie jedno-

wymiarowe traktowanie muzykoterapii pozbawiało ją jednak najważniejszego czynnika, jakim jest komunikacja społeczna w czasie terapii, interakcja z pacjentem i możliwość jego aktywizacji. Należy pamiętać o tym, że muzyka nie tylko współtworzy proces terapeutyczny, ale potrafi ten proces inicjować w sytuacji, gdy trzeba znaleźć inne niż słowo medium, które dotrze do pacjenta. Zatem staje się językiem komunikatu i wypowiedzi niewerbalnej pacjenta.

W podejściu do muzykoterapii często podkreślano jej leczniczy charakter wobec problemów psychosomatycznych, problemów uzależnień itd., traktując ją jako formę psychoterapii. Można jednak klasyfikować muzykoterapię, kierując się kryterium celów oddziaływania, jako (Galińska, 1990, s. 221):

- medyczną,
- pedagogiczną (w pedagogice specjalnej),
- niemedyczną.

Muzykoterapia niemedyczna ma na celu uzyskanie u pacjenta stanu odprężenia psychicznego, relaksacji mięśniowej, ma zatem działanie profilaktyczne, relaksacyjne. Te walory muzyki zaczęły być doceniane dopiero w XX i XXI wieku, co należy wiązać ze zmianą modelu życia z uwagi na przyspieszenie cywilizacyjne. Obecnie wiele osób cierpi na stany chorobowe związane właśnie ze wzrastającym tempem życia, dużą ilością stresów, częstym działaniem pod presją czasu (Lewandowska, 2001, s. 45). Ludzie coraz częściej cierpią na nerwice, stany lękowe i depresje, które potocznie nazywa się już chorobami cywilizacyjnymi. Zwraca się także coraz większą uwagę, że stres stanowi podłoże wielu innych chorób. Stąd niezwykle ważnym wydaje się poszukiwanie pozytywnych emocji, a w konsekwencji metod, terapii, które mogą sprzyjać redukcji stresu.

W tym miejscu warto podnieść, że różnego rodzaju problemy natury społecznej ujawniają się w zachowaniach dzieci zarówno w grupie rówieśniczej, jak i na poziomie kontaktu osoby dorosłej z dzieckiem. Obecnie za najważniejsze problemy dzieci uznaje się brak naturalnego uspołecznienia grupowego, przejawianie zachowań agresywnych, nieakceptowanych społecznie (Kappert, 2005, s. 16). Podkreśla się, że symptomy zaburzeń lub skłonność do nieakceptowanych społecznie zachowań obserwuje się już w przedszkolu, zaś w wieku wczesnoszkolnym dzieci często przejawiają już zaburzenia zachowania, zwłaszcza zachowania nerwicowe, na które wskazują między innymi niezdolność koncentracji, nadpobudliwość ruchowa, silne i nieadekwatne reakcje emocjonalne (za: Naumowicz 2003, s. 60). Poszukując przyczyn tych zaburzeń wskazuje się przede wszystkim na braki socjalizacyjne, trudną sytuację emocjonalną, zdrowotną i materialną rodziny pochodzenia. Zajęcia muzykoterapeutyczne dla dzieci już w wieku przedszkolnym będą stymulować rozwój dziecka, a także pozwolą na zdobywa-

nie doświadczeń społecznych oraz będą wzbogacać treści emocjonalne w życiu dziecka (Naumowicz, 2003, s. 60).

W muzykoterapii pedagogicznej warto zwrócić uwagę na pogląd jednego z przedstawicieli ruchu steinerowskiego, K. Koniga, który uważał, że rytm – spośród wielu elementów muzyki – jest najbardziej znaczący w wychowaniu muzycznym dziecka (Galińska, 1990, s. 224). Za Steinerem – twórcą ruchu, który uważał istotę duchową za źródło uzdrawiającej siły – podkreśla, że każdy człowiek posiada własne „wewnętrzne rytmy”, których przejawy obserwować można w mowie czy geście. Ruch steinerowski wpisuje się w myśl antropozoficzną. Z kolei szkoła psychofizjologiczna siłę muzykoterapii odnajduje w dynamice przebiegów napięcia i odprężenia w dziele muzycznym, które stanowią odzwierciedlenie energii psychicznej. Znajdujemy tu zatem podobieństwo strukturalne pomiędzy muzyką a emocjami, z czego wypływa przeświadczenie, że odpowiednia muzyka może harmonizować przebiegi napięciowo-odprężeniowe. Muzyka może zatem sterować takimi funkcjami wegetatywnymi, jak puls i oddech poprzez ich uzgadnianie z rytmem muzycznym (Galińska, 1990, s. 227).

Rytm muzyczny pojawia się zatem jako jeden z ważniejszych elementów dzieła muzycznego oddziałujących na człowieka. Sięgając do początków muzykoterapii w czasach pierwotnych, możemy odwołać się do obrzędowości i kultów, w których muzyka stanowiła swoisty element magii i służyła m.in. leczeniu chorych (Natanson, 1979, s. 16). Warto podkreślić, że obrzędowość była ważnym elementem życia społecznego, zatem wspólne wykonywanie muzyki, pozostawanie we wspólnym rytmie pełniło funkcje scalające grupę, podkreślano w ten sposób jedność wspólnoty. Obecnie integracyjne walory muzyki i tańca stają się podstawowym narzędziem działań terapeutycznych i socjoterapeutycznych, zaś oddziaływanie rytmu traktowane jest jako jeden z wiodących czynników terapii.

Kierunek psychoanalityczny, zrodzony po II wojnie światowej, trwa do dziś i zakłada, że muzyka nie tylko wpływa na organizm człowieka, ale poprzez przebieg napięć i odprężień oddziałuje na emocje i dociera do ludzkiej psychiki, niejednokrotnie uwalniając emocje wcześniej nieuświadomione. Koncepcja muzycznego *katharsis* wyjaśnia siłę jej terapeutycznego oddziaływania (Galińska, 1990, s. 227). W ramach nurtu psychoanalitycznego pojawia się także koncepcja kładąca nacisk na integrujący aspekt muzykoterapii, jakim jest wspólne muzykowanie. Podkreśla się jego społeczny wymiar, dochodzi bowiem wówczas do podświadomego, kolektywnego myślenia (Galińska, 1990, s. 228). Wzbudzony zostaje proces komunikacji wewnątrzgrupowej, niezbędnej do wykonania utworu, zaś wspólne muzykowanie i wsłuchiwanie się we wzajemne brzmienie jest czynnikiem integrującym grupę. Uczestnicy zajęć zaczynają myśleć o sobie w kategorii „my”, nawet jeśli dotyczy to jedynie tego jednego elementu zajęć (Galińska, 1990, s. 227).

Warto przywołać kolejny kierunek teoretyczny w muzykoterapii, który akcentuje jej wymiar komunikacyjny i pojmuje muzykę jako środek komunikacji niewerbalnej, w której rolę najważniejszą odgrywa płaszczyzna emocjonalna (Galińska, 1990, s. 230). Komunikat muzyczny, jak każdy komunikat werbalny, jest systemem znaków i sygnałów, które posiadają pewną warstwę znaczeniową. W mowie słowa posiadają określone znaczenie, jest ono nadane arbitralnie, ale także uzgadniane w procesie komunikacji pomiędzy nadawcą a odbiorcą komunikatu, zaś kod muzyczny jest kodem wieloznacznym, charakteryzującym się dużym stopniem ekspresyjności, który przewyższa komunikację werbalną (Janicki, 2002, s. 42). Muzyka zatem nosi pewne cechy kodu językowego, pojawia się bowiem nadawca i odbiorca komunikatu, celem komunikacji jest przekazanie, odbiór i reakcja na emocje. Kod muzyczny w pewnym zakresie uzupełnia komunikację werbalną poprzez wyrażanie emocji, które niejednokrotnie trudno jest opisać słowem. Zdaniem Tadeusza Natanson „Dzieło muzyczne, jako dzieło sztuki, nieprzetłumaczalne na język słowny, jest zdolne do wyjaśnienia tych znaczeń, których nie potrafimy ująć w słowa lub które przekazane językiem mowy, nie mogą być percypowane przed adresata komunikatu werbalnego” (za: Janicki, 2002, s. 42).

W modelu komunikacyjnym w terapii skutek nawiązania kontaktu dochodzi do interakcji, stąd główny nacisk kładzie się na terapię grupową, w której dominują formy muzykoterapii aktywnej, czyli tworzenie muzyki, wykonywanie muzyki, improwizacja (Galińska, 1990, s. 230). Aktywna postawa twórcza w czasie zajęć stwarza możliwość własnej ekspresji i wypowiedzi muzycznej, a także nawiązywania dialogu z innymi uczestnikami. Przeniesienie emocji na język niewerbalny może ułatwić kontakt w relacji pacjent – terapeuta oraz pacjent – grupa. Również gra na instrumentach może przybierać formy wypowiedzi indywidualnej i zbiorowej.

Zaprezentowane poglądy na funkcje muzykoterapii pozwalają na wybranie najważniejszych tez, które w dalszej części rozważań umożliwią wybór środków i metod, którymi można posługiwać się w czasie terapii. A oto najważniejsze założenia muzykoterapii:

- muzyka posiada moc oddziaływania na człowieka zarówno w sensie fizycznym, jak i psychicznym;
- muzykoterapia wykorzystywana jest w leczeniu, profilaktyce oraz edukacji;
- muzyka silnie oddziałuje na sferę emocjonalną człowieka, stwarza możliwość ekspresji emocji pozytywnych oraz pozwala na ujście emocji negatywnych, wyzwala swoiste *katharsis*;
- muzykoterapia aktywna kształtuje aktywną i twórczą postawę jednostki;

- muzyka pozwala na formułowanie komunikatów niewerbalnych pomiędzy terapeutą, pacjentem i całą grupą terapeutyczną; każdy uczestnik terapii ma możliwość ekspresji swoich myśli i emocji, używając muzyki jako medium;
- muzykoterapia sprzyja kształtowaniu się postaw prospołecznych i wspiera proces socjalizacji;
- muzykoterapia może stanowić wsparcie dla procesu edukacji muzycznej.

Przyjrzymy się teraz, w jaki sposób – uwzględniając powyższe założenia teoretyczne – może przebiegać proces terapeutyczny. W muzykoterapii stosuje się odmienne metody i formy jej prowadzenia. Klasyfikacji dokonuje się ze względu na rolę muzyki w terapii, sposób organizacji zajęć, a także ze względu na sposób angażowania pacjentów, czyli ich uczestnictwo w terapii.

Uwzględniając rolę muzyki w terapii, wyróżniamy następujące metody muzykoterapii: odreagowująco-wyobrażeniową, treningową, relaksacyjną, komunikatywną, kreatywną i psychodeliczną (zob. Lewandowska, 2001, s. 51). Z punktu widzenia oddziaływania socjoterapeutycznego najbardziej będzie nas interesować metoda komunikatywna oraz kreatywna. Pierwsza podkreśla rolę komunikacji wewnątrzgrupowej oraz stwarzanie warunków dla procesu socjalizacji, czyli nauki zachowań społecznych rozumianych jako umiejętność słuchania innych, współdziałania w ramach grupy, ale także nabywania umiejętności indywidualnego wyrażania emocji i potrzeb w sposób akceptowalny społecznie. Ponieważ ta metoda kładzie nacisk na muzykę jako środek komunikacji z otoczeniem i własnej wypowiedzi, bezpośrednio nawiązuje do założeń szkoły komunikacyjnej. Ponadto zakłada sposób prowadzenia terapii opierający się na muzykoterapii aktywnej i grupowej. Druga z metod zwraca natomiast szczególną uwagę na nieustanne pobudzanie twórczej postawy pacjenta. Poprzez kontakty z innymi członkami grupy, wzajemną inspirację i chęć uczestniczenia w procesie wspólnego tworzenia muzyki, możliwe stanie się kształtowanie kreatywnej, otwartej i prospołecznej postawy pacjenta. Co ważne, stosowanie tej metody pozwoli także na zaspokajanie jednej z najważniejszych potrzeb człowieka – potrzeby społecznej akceptacji.

Jak nadmieniałam wcześniej, formy muzykoterapii klasyfikowane są także w oparciu o sposób organizacji zajęć oraz zaangażowanie pacjentów. I tak wyróżniamy muzykoterapię indywidualną i grupową oraz receptywną i aktywną (zob. Lewandowska, 2001, s. 54) Ponieważ omówione nieco wcześniej metody prowadzenia terapii (komunikatywna i kreatywna) wiążą się ściśle z pracą w grupie, w dalszej części rozważań będę odwoływać się do metod aktywnej terapii grupowej.

## 2. Rytmikoterapia jako forma muzykoterapii aktywnej

Jedną z metod, do których często sięga się w muzykoterapii aktywnej, jest rytmika. O ile pierwsze skojarzenia rytmiki z ruchem, odtwarzaniem rytmu, śpiewem czy nawet grą na instrumentach są jak najbardziej właściwe, o tyle bardziej uważne przyjrzenie się tej dziedzinie doprowadzi do głębszego i pełniejszego zrozumienia, dlaczego właśnie metoda rytmiki jest niezwykle cennym elementem działań muzykoterapeutycznych. Warto zatem przez chwilę bliżej przyjrzeć się założeniom metody rytmiki oraz przesłankom, dla których ta metoda nosi znamiona terapii.

Twórca metody rytmiki, Emil Jaques-Dalcroze, w swoich rozważaniach bardzo wiele miejsca poświęcił człowiekowi jako całości, podkreślając jedność umysłu i ciała (co bezpośrednio przywołuje holistyczne ujęcie muzykoterapii). Wychodził z założenia, że każdy człowiek posiada swoje wewnętrzne rytmy, na które składają się bicie serca, oddychanie oraz tempo chodzenia (Jaques-Dalcroze, 1992, s. 17). Te rytmy są prawdopodobnie wewnętrznie zsynchronizowane, harmonijne, naturalne. Niemniej jednak oddychając czy chodząc, dzielimy czas na odcinki. Oddychamy w określonym rytmie, choć zazwyczaj tego nie czujemy, możemy ten rytm przyspieszyć lub zwolnić – wymaga to oczywiście określonego wysiłku mięśniowego i odczuwamy wówczas pewne zachwianie naszego naturalnego rytmu. Chodząc natomiast, nie tylko dokonujemy podziału na odcinki czasu, ale odmierzamy także przestrzeń. Obie czynności – zarówno oddychanie, jak i chodzenie – związane są ściśle z ruchem, co więcej, zawierają w sobie element aktywizujący, powodujący napięcie mięśni (wdech/przeniesienie ciężaru ciała) oraz odprężający, powodujący zwolnienie pracy mięśni (wydech/oparcie ciężaru ciała). To właśnie założenie, że rytm jest ruchem, stało się podstawą metody rytmiki. Ruch zaś jest przebiegiem odprężeń i napięć regulowanych muzyką w określonym czasie i przestrzeni.

Dalcroze wyszedł z założenia, że zdolność do percepcji melodii i rytmu jest tak naprawdę zdolnością naszego umysłu do wyobrażenia sobie następstwa dźwięków czy sekwencji rytmicznych, a to wyobrażenie może być spontanicznie odtworzone przez aparat ruchowy (Jaques-Dalcroze, 1992, s. 15). Umiejętność wyrażania muzyki, a przede wszystkim rytmu poprzez ruch, czyli zdolność do ekspresji, jest „wskaźnikiem aktywności rytmicznej, jaka zachodzi w naszej korze mózgowej” (za: Janiszewski, 1993, s. 7). Istnieje zatem bezpośredni związek między aktywnością naszego umysłu a aktywnością naszego ciała, ponadto realizacja ruchowa struktur rytmicznych wpływa na utrwalenie ich obrazu w intelekcie (Jaques-Dalcroze, 1992). Wynika z tego, że spontaniczna reakcja na muzykę może prowadzić w efekcie do jej lepszego umysłowego poznania. Co więcej, różnorodne bodźce słu-

chowe przekładają się na różnorodne doświadczenia ruchowe, stymulując rozwój funkcji poznawczych. Najprościej mówiąc, im więcej doświadczeń, tym większy zasób wiedzy.

Pozostaje jeszcze jeden, według mnie najważniejszy, element metody rytmiki, który wskazuje na to, co dzieje się pomiędzy odebraniem bodźca dźwiękowego przez umysł – czyli słuchaniem a jego zewnętrzną ekspresją – czyli ruchem. Otóż podczas słuchania muzyki nie analizujemy jej struktury i budowy (takiej analizy, według Dalcroze'a, dokonujemy na samym końcu), tylko ją odczuwamy, angażujemy naszą sferę emocjonalną, zaś sposób, w jaki poprzez swoje emocje odbieramy muzykę, odzwierciedlany jest poprzez ruch. Reasumując, metoda rytmiki zakłada, że najważniejsze jest autentyczne przeżycie, którego doświadczenie pozwala odczuć i zrozumieć muzykę. Zatem następstwo procesów emocjonalnych i myślowych uruchomionych przez słuchanie muzyki jest następujące (za: Brzozowska-Kuczkiewicz, 1991, s. 32):

- słucham
- odczuwam
- wykonuję
- nazywam
- utrwalam
- zapamiętuję.

Rytmika jest przede wszystkim współczesną metodą wychowania muzycznego, stąd zasadne jest pytanie, w jaki sposób może pełnić funkcje terapeutyczne? Skoro traktuje ruch jako naturalny sposób wyrażania muzyki i wskazuje, że to właściwa koordynacja słuchowo-ruchowa, czyli szybki przekaz impulsów do układu nerwowego i mięśni odpowiedzialne są za ekspresję ruchową, to odpowiedź ruchowa człowieka na słyszana muzykę wyrażona w sposób harmonijny, naturalny, swobodny, możliwa jest tylko wtedy, gdy w fazie „słucham, odczuwam, wykonuję” nie następują żadne zakłócenia. Jeśli jednak ten proces nie przebiega w sposób prawidłowy, może znaleźć to odzwierciedlenie w ruchach dziecka. Czy zatem ruch jako spontaniczna reakcja na słyszana muzykę może ujawnić takie problemy, jak choćby nadpobudliwość, nerwowość czy apatię, lęk, strach? Prawdopodobnie poprzez nadmierne napięcie mięśni ruch może być nieskoordynowany, urywany, krótki albo wręcz odwrotnie – spowolniony, apatyczny. Takie problemy ruchowe może także ujawniać już oczywiście sama postawa ciała. Według Dalcroze'a, jeśli przekaz impulsów jest zakłócony i pacjent nie umie za pomocą ruchu odtworzyć przebiegu muzycznego, mamy do czynienia z arytmią czy też arytmicznością (Jaques-Dalcroze, 1992, s. 32). Dalcroze, stosując rytmikę w terapii, wychodził z założenia, że zarówno zaburzenia fizjologiczne, jak i psychiczne powodują arytmie, którą charakteryzował jako:

- niezdolność kontynuacji ruchu przez czas potrzebny do jego wykonania;
- przyspieszenie lub opóźnienie ruchu, wtedy gdy powinien być równy;
- niezdolność do przyspieszenia lub opóźnienia ruchu po usłyszeniu polecenia;
- niezdolność wykonywania ruchu ciągłego (*legato*) lub urywanego (*staccato*);
- rozpoczynanie lub kończenie ruchu za późno lub za wcześnie;
- niezdolność powiązania ze sobą dwóch kontrastowych ruchów lub dwóch przeciwstawnych;
- niezdolność cieniowania dynamicznego;
- niezdolność akcentowania (Jaques-Dalcroze, 1992, s. 43).

Te objawy niesprawności są, zdaniem Dalcroze'a, spowodowane niewydolnością umysłu i zbyt wolnym przekazywaniem impulsu mięśniom (Jaques-Dalcroze, 1992, s. 43). Zatem metoda rytmiki, która wpływa na usprawnienie relacji pomiędzy układem nerwowym a mięśniowym poprzez przekładanie usłyszanego impulsu bezpośrednio na reakcję ruchową, stanowić może środek terapeutyczny w pracy rehabilitacyjnej. Warto w tym momencie przypomnieć słowa samego Dalcroze'a: „Harmonizowanie funkcji cielesnych z funkcjami myślowymi, stanowi naczelną zasadę wychowawczą tej metody, pozwoliło odkryć i doświadczyć, że nie tylko funkcje myślowe decydują o dyspozycyjności mięśni, ale i odwrotnie, ćwicząc mięśnie – pobudzamy mózg do działania” (za: Brzozowska-Kuczkiewicz, 1991, s. 44).

Z powyższych rozważań wynika, że rytmika, poprzez wykorzystanie naturalnej aktywności ruchowej dziecka, może stanowić niezwykle ważny element terapeutycznej pracy z nim. Dzieci bardzo chętnie uczestniczą w zajęciach muzycznych, a ich reakcje na muzykę są żywiołowe i spontanicznie. Ekspresja emocji powstałych wskutek słuchania muzyki może u nich przybierać formę werbalną i niewerbalną. Opis werbalny, odnoszący się do uczuć i emocji, często jest niemożliwy ze względu na brak wykształcenia u dzieci odpowiedniego aparatu pojęciowego lub nieumiejętność określenia własnych uczuć. Ekspresja niewerbalna natomiast może być wyrażona poprzez ruch, ale także inne formy artystycznego wyrazu, jak choćby rysunek. Z punktu widzenia przyjętego tematu rozważań przedstawię najważniejsze elementy dziecięcej ekspresji ruchowej.

Wykorzystanie rytmikoterapii w muzykoterapii aktywnej niesie szereg walorów socjoterapeutycznych, gdyż muzyka (przeżywana i wyrażana przez dziecko) pozwala na lepsze poznanie siebie, swoich reakcji i odczuć, a także stanowi źródło różnorodnych przeżyć. Związek muzyki i ruchu może sprawić, że dzieci poznają lepiej same siebie, swoje mocne i słabsze strony (Klöppeł, Vliex, 1995, s. 50). Co więcej, w stałej interakcji z innymi uczestnikami zajęć kształcą tak ważne umiejętności społeczne, jak zdolność komuni-

kowania się, nawiązywania kontaktu, słuchania, współodczuwania oraz wspólnego działania (Klöppel, Vliex, 1995, s. 50). Poprzez obserwację aktywności grupy rówieśniczej stale pobudzany jest system motywacji. Każda własna interpretacja ruchowa muzyki, ze względu na osobisty charakter, nie podlega subiektywnej ocenie, gdyż stanowi wartość samą w sobie, zatem wszelkie przejawy twórczości dzieci są doceniane i chwalone. Stan własnych umiejętności można weryfikować jedynie poprzez obserwację działań innych uczestników, co uczy samooceny, zaufania do siebie i swoich umiejętności, prowadząc do wzrostu poczucia własnej wartości (Klöppel, Vliex, 1995, s. 50).

Celem wszystkich ćwiczeń jest aktywizowanie dzieci. Niezależnie od tego, czy są to ćwiczenia przestrzenno-ruchowe czy gra na instrumentach, każdy uczestnik powinien na zajęciach być aktywny i współtworzyć z grupą przebieg spotkania. Współtworzenie grupy spełnia zadanie integracyjne, a jednocześnie każda osoba traktowana jest indywidualnie.

Reasumując, rytmika spełnia szereg funkcji terapeutycznych, spośród których najważniejsze to:

- oddziaływanie na fizyczną i psychiczną sferę człowieka;
- równoczesne pobudzanie systemu nerwowego i mięśniowego;
- kształcenie koordynacji słuchowo-ruchowej;
- kształtowanie aktywnej i twórczej postawy pacjenta;
- kształcenie społecznych cech osobowościowych;
- wprowadzanie w stan relaksu i psychicznego odprężenia przy stałej koncentracji na wykonywanym zadaniu;
- ogólny muzyczny i emocjonalny rozwój;
- profilaktyczny charakter działań;
- kształtowanie umiejętności pozawerbalnego wyrażania swoich uczuć i emocji;
- dążenie do aktywnego przeżycia *katharsis*;
- regulowanie czynności wegetatywnych, takich jak puls i oddech.

### **3. Formy aktywności ruchowej dzieci wykorzystywane podczas zajęć rytmikoterapii**

W tym miejscu rozważań podejmę próbę przedstawienia form aktywności ruchowej wykorzystywanych podczas pracy muzykoterapeutycznej z dziećmi, opartych na metodzie rytmiki. Ponieważ zaprezentuję głównie te ćwiczenia, które pełnią funkcje terapeutyczne, ograniczę ściśle ćwiczenia rytmiczne i metroritmiczne (takie jak łańcuchy realizacji rytmicznej, ćwiczenia polirytmiczne i polimetryczne, ćwiczenia podwójnej i potrójnej szyb-

kości oraz zwolnienia), które stosowane są przede wszystkim w edukacji muzycznej i mają służyć między innymi kształceniu słuchu i pamięci muzycznej, poczucia rytmu i metrum, umiejętności szybkiej analizy i syntezy, niezależności ruchów i ich synchronizacji, a także wrażliwości emocjonalnej (Brzozowska-Kuczkiewicz, 1991, s. 32). Warto podkreślić, że wszystkie prezentowane ćwiczenia wykonywane są podczas zajęć w grupie, co nie wyklucza indywidualnego charakteru aktywności uczestniczących w nich dzieci.

Proponowane ruchowe ćwiczenia rytmiczne to przede wszystkim:

- ćwiczenia inhibicyjno-incytacyjne;
- ćwiczenia ścisłej i swobodnej realizacji rytmów;
- ćwiczenia ruchowe odzwierciedlające przebiegi dynamiczne, agogiczne i artykulacyjne w muzyce;
- ćwiczenia ukazujące przebieg linii melodycznej i frazowanie;
- ćwiczenia oparte na improwizacji ruchowej i interpretacji ruchowej utworu muzycznego;
- opowieści ruchowe;
- ćwiczenia usprawniające aparat mięśniowy (kształcące dysocjację, świadomość ciała, równowagę) oraz ćwiczenia oddechowe.

Głównym środkiem realizacji wymienionych ćwiczeń będzie ruch wzbogacany także o inne formy muzykowania, stanowiące nieodłączny element muzykoterapii aktywnej, np. śpiew i mowa, gra na instrumentach, słuchanie muzyki.

Przedstawię poniżej wybrane ćwiczenia rytmiczne, które okazują się niezwykle przydatne i potrzebne w pracy z dziećmi i służą nie tylko celom terapeutycznym, ale też ogólnorozwojowym i edukacyjnym.

**Ćwiczenia inhibicyjno-incytacyjne** są ćwiczeniami na pobudzenie i zatrzymanie ruchu. Rozwijają umiejętność koncentracji, szybkiej orientacji, mają na celu wykształcenie szybkiej reakcji psychomotorycznej (Kataryńczuk-Mania, 2000, s. 126). Ćwiczenia te, mimo zabawowej formy, wymagają od ćwiczących niezwyklej koncentracji i skupienia, a także ciągłej mobilizacji mięśniowej, nie powodują jednak uczucia intelektualnego obciążenia i zazwyczaj sprawiają dzieciom wiele radości. Warto je wykonywać systematycznie na każdym spotkaniu i – postępując zgodnie z zasadą stopniowania trudności – zwiększać liczbę wykorzystywanych sygnałów (można rozpocząć od jednego) oraz przyporządkowywać im coraz bardziej złożone czynności. Ćwiczenie takie zazwyczaj przebiega w następujący sposób: na ustalony sygnał, którym może być dowolne hasło, wykonywana jest przyporządkowana mu czynność („hop” – cztery kroki w tył, „już” – cztery uderzenia w dłonie, „teraz” – skłon w przód i powrót do pozycji wyjściowej). Haseł można wprowadzać kilka, jednak na zajęciach dla dzieci nie wprowadza się więcej niż 3 hasła równocześnie. Ćwiczenie wykonywane jest przy

akompaniamencie instrumentów perkusyjnych lub fortepianu i prowadzone w wybranym przez prowadzącego metrum (powyższy przykład dotyczy metrum 4/4).

Kolejnym przykładem ćwiczeń ruchowych są ćwiczenia **ściślejszej i swobodnej realizacji rytmów**, które polegają na realizacji tematów rytmicznych, ostinato rytmicznego (stałe powtarzającego się rytmu) czy też kanonu rytmicznego. Wszystkie te ćwiczenia realizowane są zawsze w formie zabawy. Chcąc ułatwić dzieciom odtworzenie rytmu, można posługiwać się tekstem mówionym, zapamiętaniu rytmu sprzyja wówczas naturalne powiązanie go ze słowem. Celem tych ćwiczeń jest ogólne umuzykalnienie poprzez ćwiczenie poczucia pulsu, tempa, ale przede wszystkim dążenie do odczuwania go w całym ciele. Odpowiednie dobranie tematów rytmicznych może wprowadzić uczestników w stan relaksu i odprężenia lub zachęcać do żywiołowego ruchu. Wykorzystanie rytmu jako czynnika stymulującego układ vegetatywny uczestników zależy od przyjętych celów terapeutycznych. Wykonywanie uspokajającego rytmu odpowiednio połączone z ćwiczeniami oddechowymi może wprowadzić całe ciało w naturalną pulsację. Warto nadmienić, że prawidłowe odwzorowanie rytmu ruchem ciała byłoby celem edukacyjnym, nie zaś terapeutycznym, zatem to właśnie odczuwanie rytmu, droga jaką przechodzi dziecko odbierając i realizując rytm, jest z punktu widzenia muzykoterapii najważniejsze.

Wspomniane wcześniej **ćwiczenia polirytmiczne** (realizacji dwóch rytmów jednocześnie) mogą mieć także zastosowanie w terapii jako ćwiczenie koordynacji słuchowo-ruchowej oraz dysocjacyjne ruchów rąk i nóg. Wprowadzając ćwiczenie polirytmiczne, należy zgodnie z zasadą stopniowania trudności wyjść od chodzenia w pulsie, następnie przejść do rozdrobnienia wartości podstawowej, czyli ćwierćnuty. Dalej można przystąpić do prostych ćwiczeń polirytmicznych, w których wartość podstawowa realizowana jest za pomocą kroków, zaś rozdrobniona (w tym wypadku dwie ósemki) poprzez klaskanie. Są to jednak skomplikowane ćwiczenia rytmiczne i wymagają odpowiedniego przygotowania muzycznego uczestników oraz dużej sprawności aparatu ruchowego. Niemniej rozwijanie koncentracji, podzielności uwagi oraz autonomii ruchów rąk i nóg wydaje się być celem pracy nie tylko terapeutycznej, ale codziennej pracy usprawniającej motorykę dziecka.

Do ćwiczeń ściślejszej i swobodnej realizacji rytmu zaliczyłabym także formy zabaw wykorzystujące ostinato rytmiczne, gdyż stanowią one niezwykle wdzięczny materiał pracy muzycznej z dziećmi. **Ćwiczenia ostinato rytmicznego**, czyli stałego, powtarzającego się motywu rytmicznego, mogą być realizowane w formie akompaniamentu do improwizowanego rytmu, melodii, ale najczęściej śpiewanej w trakcie zajęć piosenki. Tematy rytmicznego

ostinato najczęściej będą jedno lub dwutaktowe, zaś sposób ich wykonania zależy od pomysłu prowadzącego (gra na instrumentach, wykorzystanie ruchu, gestu, śpiewu). Celem tych ćwiczeń jest rozwijanie twórczego podejścia do pracy z piosenką lub tekstem poprzez tworzenie różnego rodzaju akompaniamentów, a także ćwiczenie koordynacji, której wymaga równoczesny śpiew i gra na instrumentach, uwrażliwienie na zmiany dynamiczne w czasie wykonywania ostinato, rozwijanie poczucia stałego pulsu. Takie ćwiczenia zwracają nas do założeń systemu Carla Orffa, gdzie piosenka jest zazwyczaj punktem wyjścia do kształtowania większej formy, inscenizacji czy też dramy (Burowska, 1976, s. 37). Zabawy muzyczne z ostinatem kładą przede wszystkim nacisk na kształtowanie twórczej i aktywnej postawy dziecka. Jego zaangażowanie w proces twórczy czyni go współautorem efektu finalnego, którym jest instrumentacja utworu muzycznego. Dziecko w ten sposób kształci poczucie własnej wartości, zyskuje na pewności siebie, ale także kształtuje kompetencje społeczne, działając nie tylko jako solista, ale członek wykonawczego zespołu instrumentalnego, bowiem musi umieć wsłuchać się w muzykowanie innych i do niego dostosować.

Za jedno z podstawowych i najważniejszych ćwiczeń uważa się **ćwiczenia na przerwę w muzyce**. Opierają się na szybkiej reakcji na pojawienie się i ustanie bodźca muzycznego i zakładają, że ruszamy się jedynie wtedy, kiedy jest muzyka, kiedy jej nie ma – nie ma miejsca na ruch. Ćwiczą one przede wszystkim szybkość reakcji, a także koncentrację.

Emil Jaques-Dalcroze pojmował muzykę jako zjawisko zintegrowane i uważał, że w powiązaniu z rytmem ludzkie ciało jest w stanie odbierać i obrazować za pomocą ruchu wszystkie elementy dzieła muzycznego, wykorzystując siłę mięśni, przestrzeń i usytuowanie w niej ruchów i gestów; to za pomocą ćwiczeń ruchowych można odzwierciedlać przebiegi dynamiczne, agogiczne, artykulacyjne, ale także przebieg linii melodycznej i frazowanie (Janicki, 1993, s. 8).

W tym miejscu przedstawię **ćwiczenia na zmianę dynamiki tempa i artykulacji**. Są to ćwiczenia wyrazowe, gdzie za pomocą ruchu i gestu, często też przy użyciu rekwizytu, staramy się obrazować zmiany zachodzące w muzyce. Taka forma uczy aktywnego słuchania i skupienia nad poszczególnymi elementami dzieła muzycznego, a jednocześnie jest relaksem i odpoczynkiem. Celem tych ćwiczeń jest uwrażliwienie na postrzeganie zmian w muzyce i reagowanie na te zmiany. Podczas ćwiczeń kształtowana jest wrażliwość muzyczna na zmiany wysokości dźwięku, jego barwę, natężenie, a także jego ruch w ramach kształtującej się melodii. Zatem najważniejszym elementem jest podążanie za muzyką i tak naprawdę aktywne słuchanie, którego wyrazem jest ruch. Ćwiczenia prowadzone są często na bazie improwizacji uczestników, która może przybierać formy indywidualne lub

grupowe i co ciekawe, nie muszą być one narzucone przez terapeutę. Niedługo, gdy dzieci słyszą dynamikę forte (nasilenie masy brzmieniowej), chcąc wzmocnić swój ruch, w naturalny sposób poszukują w grupie partnerów do wspólnego działania. Ma to niezwykle znaczenie z punktu widzenia tworzenia relacji w grupie. Dzieci wchodzi w zbiorową interakcję, szukają kontaktu wzrokowego i fizycznego, tworząc wspólne figury i bryły, które mogą ewoluować lub rozpaść się w zależności od przebiegu utworu muzycznego. Poszukiwanie oparcia w grupie, rodząca się współpraca niesie walory o wymiarze społecznym. W dużym uproszczeniu można powiedzieć, że dziecko wie, iż nie podoła jakiemuś zadaniu samodzielnie, zatem spontanicznie szuka kontaktu i pomocy rówieśnika. I tylko poprzez wspólne działanie uczestnicy są w stanie osiągnąć nadrzędny cel określany przez muzykę.

Ćwiczenia na zmiany dynamiki, tempa, artykulacji nigdy nie są realizowane odrębnie, gdyż żaden z tych elementów dzieła muzycznego nie istnieje oddzielnie, a tylko w ramach utworu muzycznego. Zatem wcześniej opisywane ściśle i swobodne ćwiczenia rytmiczne wykorzystują zmiany głośności, tempa oraz sposobu wydobywania dźwięku zarówno w mowie, śpiewie, jak i grze na instrumentach.

Naturalną kontynuacją opisywanych ćwiczeń ruchowych są ćwiczenia **na pokazanie ruchu linii melodycznej i frazy muzycznej**. Elementem, który odróżnia tę formę ruchu od innych zabaw ruchowych, jest nastawienie na odczuwanie przebiegu napięć w utworze, czyli momentów kulminacji i ich rozładowania. Ruch jest tutaj najważniejszą formą ekspresji i stanowi ujście dla emocjonalnego przeżycia, które wynika z percepcji muzyki. To fraza kieruje ruchem, wskazuje na jego początek, kulminację i zakończenie. Są to ćwiczenia o dużym nasileniu ekspresji i zazwyczaj angażujące emocjonalnie. Ich trudność, a zarazem wartość terapeutyczna polega na przeprowadzeniu ruchu konsekwentnie od początku do końca frazy, co uczy konsekwencji, cierpliwości, ale także koncentruje na słuchaniu muzyki i jej przebiegu oraz pozwala na przeżycie napięć przebiegających w ramach muzycznej frazy.

Ćwiczenia ruchowe prowadzone są przy wykorzystaniu muzyki klasycznej, ich zadaniem jest uwrażliwienie dzieci na przebieg frazy muzycznej w utworze i sprawienie, by w sposób naturalny potrafiły pokazać za pomocą ruchu jej długość. Niezwykle ważne w tych ćwiczeniach jest ukazanie przebiegu frazy, zwracanie uwagi na jej początek, następnie moment największego napięcia i wreszcie odprężenia i zakończenia.

W tym momencie warto podkreślić istotny element zajęć muzykoterapeutycznych, jakim jest obrazowanie ćwiczeń właśnie muzyką klasyczną. W muzykoterapii aktywnej stanowi ona inspirację i tło dla wykonywanych ćwiczeń, jednak przed ich wykonaniem warto zaprezentować dzieciom

utwór w całości, zapytać o odczucia, skojarzenia, wywołane w czasie słuchania emocje, co jest domeną muzykoterapii receptywnej. Ponieważ istotą zajęć rytmiki jest aktywizacja uczestników, muzyka ma przede wszystkim inspirować do poszukiwania ruchu, ilustrowania nim zmian zachodzących w muzyce i prezentowania frazy muzycznej. Przykłady muzyczne wybierane dla dzieci powinna charakteryzować regularna fraza, gdyż znacznie ułatwi ruchową zabawę.

**Improwizacja ruchowa** stanowi nieodłączny element wszystkich ćwiczeń ruchowych, gdyż każdy gest i ruch wypływa bezpośrednio od jednostki i jest jej indywidualnym spojrzeniem na muzykę. Indywidualna improwizacja ruchowa ma charakter synkretyczny i ujmuje muzykę jako całość, która ma nas inspirować do wyrażania emocji i przeżyć związanych ze słuchaniem muzyki (zob. Janiszewski, 1993, s. 8). Wyrażanie muzyki za pomocą ruchu nazywane jest w rytmice plastyką ruchu (*plastique animee*) lub ruchem uplastycznionym, który oparty jest na ruchu naturalnym, wykorzystującym naturalne możliwości ciała (zob. Jaques-Dalcroze, 1991, s. 66). Ćwiczenia z zakresu improwizacji ruchowej są dość trudne ze względu na konieczność silnego zaangażowania emocjonalnego i ich wykonywanie zależy od czynników osobowościowych, takich jak m.in. otwartość i ekspresyjność. Niejednokrotnie czynnikiem hamującym swobodną improwizację może być element wstydu, niepewność własnych ruchów wynikająca z braku świadomości swojego ciała. W takich wypadkach pomocnym jest fakt, że improwizacja zawsze realizowana jest w grupie, zatem dzieci nie są narażone na ekspozycję przed innymi uczestnikami zajęć, co więcej, może być w taki sposób kierowana przez terapeutę, by przebiegała indywidualnie, następnie w parach i większych grupach, tak by dzieci poczuły swobodę we wzajemnym ruchowym kontakcie i potrafiły wspólnie poruszać się w przestrzeni. W improwizacji niezwykle ważna jest możliwość nawiązywania kontaktu wzrokowego i podejmowanie wspólnych działań ruchowych przez dzieci. Pozwala to przełamać początkową nieśmiałość, integruje grupę, dziecko staje się bardziej otwarte.

Pragnę podkreślić jeszcze jeden aspekt ćwiczeń z zakresu improwizacji. Otóż każde z dzieci poprzez zaangażowanie całego aparatu ruchowego poznaje swoje możliwości ruchowe oraz przestrzeń, którą może zajmować w ruchu. Przestrzeń w trakcie zajęć jest wykorzystywana przez wszystkich uczestników i w swobodnym ruchu przecinają się ich tory ruchowe oraz nakładają się przestrzenie ruchu osobistego. Zatem dzieci nawiązując w ruchu kontakt, dzielą się swoją przestrzenią, nawiązują interakcje, po czym w wybranym przez siebie momencie mogą powrócić do swojej przestrzeni i poruszać się w zgodzie ze sobą tak długo, dopóki same nie zechcą ponownie nawiązać kontaktu z innym uczestnikiem. Uczestnicy sami więc mogą de-

cydować, kiedy ich ruch będzie indywidualny, a kiedy grupowy, odczuwają lepiej siebie i innych, odkrywają nowe obszary ruchu i ekspresji, jak również nawiązują niewerbalny kontakt za pomocą wzroku lub dotyku (Naumowicz, 2003, s. 61). Oczywiście najistotniejszym impulsem do nawiązania kontaktu zawsze jest muzyka.

Formę improwizacji ruchowej przybiera także **opowieść ruchowa**, której komponenty stanowią: muzyka, słowo i ruch. Ideą ćwiczenia jest stworzenie opowiadania ilustrowanego muzyką i ruchem. Inspiracją może być słuchana muzyka, wiersz, proza, ale także tematy poruszane na zajęciach przez dzieci czy nawet pogoda. Opowieść jest tworzona przez terapeutę, który zgodnie z przyjętymi w terapii założeniami może wykorzystać tę formę zabawy jako element aktywizujący w trakcie zajęć, może także nawiązywać do pojawiających się w czasie pracy z dziećmi zagadnień problemowych, które dotyczyć mogą radzenia sobie z emocjami, kształtowaniem relacji w grupie itd. Opowieść ruchowa odwołuje się do wyobrażonych postaci i zdarzeń, a ilustrowana jest muzyką wykonywaną przez terapeutę. Może być to zarówno akompaniament fortepianu dającego niezliczone możliwości budowania napięcia, posługiwania barwą, długością dźwięku, tworzenia kontrastów dynamicznych, agogicznych, artykulacyjnych i barwowych, jak i instrumentów perkusyjnych. Akompaniament muzyczny powinien podkreślać warstwę literacką i kierować ruchem dzieci, które na bieżąco, słuchając słowa połączonego z dźwiękiem, wyrażają ruchem słyszana historię. W edukacji muzycznej opowieść ruchowa ma uwrażliwić dziecko na poszczególne elementy dzieła muzycznego (kierunek linii melodycznej, zmiany tempa, kontrasty dynamiczne) oraz inspirować do poszukiwania różnych środków wyrazowych, stymulować kreatywność i twórczą postawę (zob. Ławrowska, 2005, s. 223–225). Opowieść ruchowa rozwija zatem wyobraźnię, pozwala dzieciom na wspólne budowanie niematerialnej rzeczywistości, odwołuje się do pozytywnych uczuć i emocji.

Wymienione powyżej cele ściśle muzyczne odnoszą się do działań terapeutycznych, jednak w terapii opowieść ruchowa może być także narzędziem, które pozwoli dzieciom na radzenie sobie (w realizowanej opowieści) z problemami dnia codziennego, przyjmowanie pozytywnych postaw przedstawianych bohaterów, przez co pozwala pobudzać system motywacji, pomagać w odbudowywaniu wiary we własne siły. Oczywiście opowieść ruchowa zakłada pełną swobodę uczestnictwa dziecka i podejmowanych przez niego działań ruchowych. Należy także podkreślić, że walorem zabawy ruchowej jest obcowanie z żywą muzyką.

Elementami, które stale towarzyszą wymienionym i opisanym ćwiczeniom rytmicznym, są przede wszystkim takie formy aktywności, jak **śpiew** i **gra na instrumentach**. Ponieważ zarówno śpiew, jak i gra na instrumen-

tach są powszechnie wykorzystywane w muzykoterapii, postaram się obie formy przybliżyć.

**Śpiew** jest najbardziej powszechną formą i najstarszym wyrazem rozwoju muzycznego. To instrument muzyczny dostępny każdemu, będący środkiem wyrazu i ekspresji emocji (Jankowski, 2006, s. 69). Wspólny śpiew spełnia funkcje kulturowe, obyczajowe, sprzyja nawiązywaniu więzi społecznych. Dlatego stał się wykorzystywaną na wszystkich zajęciach formą muzykowania, stanowiącą ważny element muzycznej edukacji i formę ekspresji.

Śpiew jest niezwykle często stosowanym środkiem terapeutycznym, gdyż wpływa na integrację grupy zajęciowej, ale także umuzykalnienie, niosąc wartości o charakterze muzycznym i estetycznym (Lewandowska, 2001, s. 45). W trakcie zajęć śpiew łączony jest z grą na instrumentach czy ruchem w przestrzeni, co wpływa na poprawę koordynacji słuchowo-ruchowej dzieci, ćwiczy koncentrację na wykonywanym zadaniu, a jednocześnie za sprawą ćwiczeń oddechowych, towarzyszących w czasie śpiewu, wprowadza w stan odprężenia, relaksu i wyzwala pozytywne emocje. Stanowi on zatem materiał muzyczny i wykonawczy dla dzieci, które bardzo chętnie realizują zabawy z towarzyszeniem śpiewu. Z czysto pedagogicznego punktu widzenia należy zwracać uwagę nie tyle na czystość wykonania, gdyż nie jest to najważniejszym celem spotkania, ale na dbałość o zachowanie muzycznego charakteru wypowiedzi, jaką jest śpiew. Jednak podczas zajęć muzykoterapeutycznych najważniejszym efektem okazuje się radość, z jaką dziecko przystępuje do śpiewu i z niego czerpie.

Drugą towarzyszącą zabawom ruchowym aktywnością jest **gra na instrumentach**, która podobnie jak śpiew nie stanowi ćwiczenia samego w sobie, ale wykorzystywana jest przy wszystkich wyżej opisanych ćwiczeniach związanych ze ścisłymi ćwiczeniami rytmicznymi i ćwiczeniami na zmiany tempa, artykulacji czy agogiki. Wykorzystanie w tych ćwiczeniach instrumentów ma określone cele i nawiązuje ściśle do metody Carla Orffa, gdzie ta forma muzykowania zajmuje ważne miejsce. Gra stosowana jest zazwyczaj do instrumentacji piosenek, służy wykonywaniu wszystkich ćwiczeń polegających na ścisłej realizacji rytmów czy też pozwala na swobodne muzyczne ilustracje tekstów wierszy itp.

Istotną cechą wykorzystania instrumentarium Orffa w trakcie zajęć jest fakt, że gra nie wymaga od dzieci szczególnych umiejętności, a nawet słabe poczucie rytmu nie stanowi przeszkody dla wspólnej gry, co stwarza szanse aktywnego uczestnictwa w zbiorowym muzykowaniu, które w konsekwencji wymusza koncentrację i aktywne podejście do słuchania nie tylko przebiegu utworu, ale także partii innych instrumentów. W ten sposób kształcona jest umiejętność wzajemnego słuchania się, koncentracja, koordynacja

słuchowo-ruchowa, a dodatkowy walor tej metody polega na czynnym uczestnictwie wszystkich dzieci w procesie tworzenia muzyki (Kataryńczuk-Mania, 2000, s. 125). Dziecko zyskuje wówczas świadomość realizacji wspólnego, konstruktywnego celu, poza tym w trakcie gry wchodzi w relacje z rówieśnikami, tworząc dialogi, rozmowy instrumentów, a także odnajduje miejsce dla własnej, radosnej improwizacji. W ćwiczeniach opartych na grze na instrumentach nie jest ważne muzyczne wykonanie, ale zabawa z dźwiękiem i jego barwą, poszukiwanie różnych sposobów wydobywania dźwięków, możliwość okazywania emocji za pomocą dźwięku. Podczas gry dzieci mogą wyrażać swoje nastroje, uczucia, wykorzystując specyficzny rodzaj muzycznej komunikacji niewerbalnej. Podsumowując cele realizowane metodą rytmiki podczas zajęć muzykoterapii aktywnej, należałoby wyszczególnić trzy ich rodzaje: muzykoterapeutyczne, edukacyjne oraz cele społeczne.

1) Cele muzykoterapeutyczne:

- wprowadzanie w stan relaksu i odprężenia;
- pobudzanie dziecka do twórczej aktywności;
- rozwój ekspresji i komunikacji pozawerbalnej;
- uspokojenie poprzez sterowanie za pomocą rytmu funkcjami wegetatywnymi;
- polisensoryczne oddziaływanie na organizm.

2) Cele edukacyjne:

- ogólne umuzykalnienie;
- pozytywne nastawienie do muzyki, czyli do słuchania muzyki, śpiewu, gry na instrumentach, ruchu z muzyką;
- nauka gry na instrumentach Orffa;
- usprawnienie koordynacji słuchowo-ruchowej;
- wyrażanie muzyki poprzez ruch jako forma ekspresji pozawerbalnej;
- uwrażliwienie na muzykę i zmiany w muzyce;
- otwarcie na improwizację i własną muzyczną twórczość.

3) Cele społeczne:

- podkreślenie integracyjnych walorów muzyki;
- tworzenie się więzi społecznych;
- rozwój osobisty, emocjonalny jednostki;
- umiejętność podejmowania działań indywidualnych i grupowych.

## Zakończenie

Rytmikoterapia niesie duży potencjał terapeutyczny i edukacyjny. Oddziaływanie na cechy osobowości i struktury fizycznej człowieka pozwala na szerokie zastosowanie metody zarówno w leczeniu, jak i profilaktyce.

Muzykoterapia aktywna prowadzona z wykorzystaniem metody rytmiki oraz elementów systemu Carla Orffa jest terapią wielosensoryczną, bowiem poprzez zastosowanie ruchu, śpiewu, mowy oraz gry na instrumentach oddziałuje na wiele zmysłów jednocześnie.

Metoda rytmiki, bazując na wymienionych powyżej formach pracy, jest niezwykle atrakcyjna dla dzieci, ponieważ dzięki przyjętej formie zabawy najmłodszy chętnie i aktywnie uczestniczą w zajęciach. Podczas zabaw realizowane są nie tylko cele terapeutyczne, ale także umuzykalniające, edukacyjne, wychowawcze, ogólnorozwojowe, a także profilaktyczne.

Walorem metody rytmiki jest jej dostępność, ponadto prowadzenie zajęć rytmikoterapeutycznych nie wymaga specjalistycznego wyposażenia, rolę wiodącą pełni tu osoba prowadząca zajęcia i jej kompetencje. Warto zatem elementy zajęć rytmicznych wykorzystywać w bieżącej pracy z dziećmi zarówno w nauczaniu przedszkolnym, jak i nauczaniu początkowym. Z pewnością przyczynią się nie tylko do kompensacji deficytów w sferze emocjonalnej czy fizycznej, ale także będą sprzyjać wszechstronnemu rozwojowi społecznemu i artystycznemu młodego człowieka.

#### LITERATURA

- BIALKOWSKI, A. (2005). *Nowe trendy w edukacji muzycznej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- BRZOWSKA-KUCZKIEWICZ, M. (1991). *Emil Jaques-Dalcroze i jego Rytmika*. Warszawa: WSiP.
- BUROWSKA, Z. (1976). *Współczesne systemy wychowania muzycznego*. Warszawa: WSiP.
- GALIŃSKA, E. (1990). *Z zagadnień muzykoterapii*. W: M. Manturzevska, H. Kotarska (red.). *Wybrane zagadnienia w psychologii muzyki*. Warszawa: WSiP.
- JANICKI, A. (2002). *Głos – słowo – muzyka jako środki komunikacji międzyludzkiej*. „Muzykoterapia Polska”, T. 1, nr 1-2.
- JANISZEWSKI, M. (1993). *Muzykoterapia aktywna*. Warszawa–Łódź: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- KATARYŃCZUK-MANIA, L. (2000). *Elementy muzykoterapii w realizacji zajęć umuzykalniających w przedszkolu*. W: S. Sidorowicz, P. Cylulko (red.). *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu*. Zeszyt Naukowy nr 76. Wrocław: Akademia Muzyczna.
- KATARYŃCZUK-MANIA, L., KARCZ, J. (red.) (2006). *Sztuka w kontekście oddziaływania na człowieka*. Zielona Góra: Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- KLÖPPEL, R., VLIEX, S. (1995). *Rytmika w wychowaniu i terapii*. Warszawa: WSiP.
- KODÁLY, Z. (2002). *O edukacji muzycznej – pisma wybrane*. Warszawa: Akademia Muzyczna im. F. Chopina i Węgierski Instytut Kultury.
- KUCHTOWA-KLIMAS, E. (2003). *Muzyka a ruch*. „Muzykoterapia Polska”, T. 2, nr 3/4.
- KUCZYŃSKA, A., MAKOWSKA, H. (2003). *Muzyka w terapii*. „Muzykoterapia Polska”, T. 2, nr 3/4.
- KUKIEŁCZYŃSKA, K. (2002). *Odbiór elementów dzieła muzycznego o charakterze uspokajającym w sferze emocjonalnej*. „Muzykoterapia Polska”, nr 1-2.
- LEWANDOWSKA, K. (2001). *Muzykoterapia dziecięca*. Gdańsk: WSiP.
- ŁAWROWSKA, R. (2005). *Rytm, muzyka, taniec w edukacji*. Kraków: Wydawnictwo Akademii Pedagogicznej.

- MANTURZEWSKA, M., KOTARSKA, H. (red.) (1990). *Wybrane zagadnienia z psychologii muzyki*. Warszawa: WSiP.
- NATANSON, T. (1979). *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław: Ossolineum.
- NAUMOWICZ, M. (2003). *Terapia muzyką i ruchem*. „Muzykoterapia Polska”, T. 2, nr 3/4.
- NYKRIN, R. (2002). *Koncepcja i metoda - przyczynek do wyjaśnienia oczywistości wychowania muzyczno-ruchowego*. W: *Polskie Towarzystwo Carla Orfa*. VIII. Warszawa.
- PODOLSKA, B. (2008). *Rytmika dla dzieci*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- PRUS-KACZKOWSKA, J. (1996). *Zajęcia muzyczno-ruchowe jako czynnik rozwijania i kształtowania osobowości dzieci w wieku przedszkolnym*. Katowice.
- SZULC, W. (2005). *Stosowanie muzyki w medycynie a muzykoterapia*. W: A. Białkowski (red.). *Nowe trendy w edukacji muzycznej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- [www.musictherapy.org](http://www.musictherapy.org) [dostęp: 25.11.2011]



## Wizualizacja w socjoterapii

*Gdyby Pan Bóg chciał, żeby ludzie byli ograniczeni – nie dałby im wyobraźni.*  
Albert Einstein

### Wprowadzenie

Wizualizacja jako narzędzie zmiany jest stosowana od ćwierćwiecza. Jest zatem stosunkowo „młoda” metodą terapeutyczną. Należy jednak nadmienić, iż nie jest ona tworem naszych czasów. Stosowano ją bowiem do celów medycznych w wielu zakamarkach świata już od kilkuset lat, np. w Tybecie, Indiach, Afryce, wśród Eskimosów i amerykańskich Indian. Była obecna także w kulturze Zachodu, począwszy od czasów starożytnego Egiptu, poprzez źródła chrześcijańskie aż do roku mniej więcej 1650, kiedy zaczęły dominować nauki przyrodnicze. Wtedy to powstał nowoczesny nurt myślenia, leczenie fizycznych dolegliwości opierało się w dużej mierze – a niekiedy wyłącznie – na wyobrażeniach.

W ubiegłym wieku, kiedy to Europę, Anglię, a potem Stany Zjednoczone opanowała psychoterapia Freuda, nurt psychologii oparty na technikach wyobrażeniowych pozostał nieomal zapomniany. Stosowali go zazwyczaj niezależni klinicyści (m.in. Carl Jung) we Francji, Niemczech, Szwajcarii i Włoszech. Głównie podejmowali się tej metody wykształceni lekarze i psychologowie w jednej osobie, którzy stosowali wizualizację przede wszystkim w leczeniu zaburzeń emocjonalnych. Techniki przez nich stosowane otrzymywały różne nazwy: „sterowany sen na jawie” (Robert Desoille), „aktywna wyobraźnia” (Carl Jung), „stosowane afektywne wyobrażenia” (Hanscarl Leuner), „psycho-synteza” (Roberto Assagioli) i inne. Ich prace uitorowały drogę do zastosowania technik wizualizacyjnych w leczeniu również dolegliwości fizycznych.

Jednakże przez trzy stulecia zachodnia medycyna starała się w pewien sposób oddzielić psychikę od fizyczności i zaprzeczyć twierdzeniu, iż psyche wpływa w jakiś sposób na ciało. Współczesna medycyna próbuje na nowo zgłębić powiązanie między ciałem a umysłem. Rezultatem tych działań jest między innymi medycyna behawioralna czy psychoneuroimmunologia. Studia nad hipnozą udowodniły, że istnieje wpływ psychiki na fizyczność. Choć zachodnia medycyna (a także nauka w tym kręgu kulturowym) niechętnie zgadza się z tezą, że umysł może wpływać na ciało, to jednak wierzy w odwrotną zależność. Ten związek jest zresztą często wykorzystywany, a środki znieczulające, uspokajające i przeciwdepresyjne są tego przykładem. Skoro jest zatem oczywiste, że ciało może wpływać na umysł, znaczy to, że siłą woli lub wyobraźni możemy wpływać na ciało? (za: Epstein, 1996).

Jest to metoda, która ma niezwykłą umiejętność dostosowania się do każdego, ponieważ w swoisty sposób jest „skrojona na miarę”. Okazała się skuteczna w różnych obszarach życia społecznego: w pedagogice, sporcie, leczeniu, ochronie zdrowia. Jej regularne stosowanie pozwala radzić sobie ze stresem, życiowymi frustracjami, niepowodzeniami, ale również wzmacnia nasz organizm, daje nam siłę, aby stawić czoła nowym wyzwaniom. Jest metodą, która pozwala ograniczać następstwa traumatycznych doświadczeń z przeszłości, ale również służy rozwojowi osobistemu (za: Paul-Cavallier, 2009). W chwili obecnej jest już stosowana na szeroką skalę wśród sportowców, m.in. z technik wizualizacyjnych korzystał Adam Małysz. Ponadto można ją z powodzeniem stosować u dzieci i młodzieży. Niestety nie zawsze jest ona używana zgodnie ze swoim przeznaczeniem. Niejednokrotnie techniki wizualizacji są wykorzystywane w różnego rodzaju sektach w ramach magicznych praktyk, dających złudzenie wszechogarniającej mocy guru. Technika twórczej wizualizacji często jest kojarzona z magią lub innego typu nie do końca racjonalną propozycją pracy nad problemem.

Coraz więcej osób korzysta z elementów twórczej wizualizacji. Jest ona jednym z nielicznych narzędzi psychologicznych, które można stosować zarówno dla rozwoju zawodowego, jak i w celu leczniczym. Jest też niczym innym jak tylko wychwyceniem i wydostaniem na światło dzienne zasobów, które były głęboko ukryte i do których nie mieliśmy dostępu. Można to przyrównać do sytuacji ekstremalnej, w której jesteśmy w stanie walki o przeżycie – uruchamiają się wtedy niesamowite pokłady energii i umiejętności, które w normalnych warunkach nigdy by się nie ujawniły.

W niniejszym opracowaniu chciałabym przybliżyć technikę wizualizacji i ukazać jej praktyczne zastosowanie w socjoterapii. W wielu pozycjach poświęconych socjoterapii możemy odnaleźć pewien rodzaj wizualizacji w technice psychodramy, natomiast nie zaznacza się jej jako techniki stosowanej odrębnie. Tymczasem technika wyobrażeniowa świetnie koreluje z tematyką socjoterapeutyczną. Daje wiele możliwości wykorzystania w pracy

zarówno z dziećmi, jak i z dorosłymi, doskonale łączy się z innymi technikami pracy, takimi jak arteterapia, wspomniana już psychodrama, terapia zabawą. Można ją z powodzeniem włączać do zajęć, stanowi też doskonały element zajęć relaksacyjnych.

Czym więc właściwie jest technika wizualizacji? Jest to świadome wykorzystanie twórczej wyobraźni do rozwiązywania codziennych problemów: osiągnięcia celów, pokonywania przeszkód, poszerzania świadomości i podwyższenia jakości życia. W wypadku twórczej wizualizacji celem jest, oczywiście, jakość życia (Day, 1994, s. 16). A. Lazarus nazywa wizualizację obrazowaniem wewnętrznym, w pracy z dziećmi rozwija ona wyobraźnię i powoduje wywołanie określonych stanów emocjonalnych. Według Geralda Epsteina z kolei jest to zbiór myśli przedstawionych w formie obrazów. Wizualizacja, podobnie jak intuicja, to rodzaj myślenia nielogicznego. Z jej pomocą docieramy do rzeczywistości wewnętrznej i subiektywnej. Natomiast to, co logiczne i dyskursywne, potrzebne jest do nawiązywania codziennych kontaktów i tworzenia relacji z tak zwaną rzeczywistością obiektywną (Epstein, 1996, s. 12).

Wizualizacja to również forma relaksacji. Trening relaksacyjny zaś, jak mówi jedna z definicji, to autosugestywne wprowadzenie rozluźnienia mięśniowego i odprężenia umysłu; poza fizycznym oraz emocjonalnym poczuciem zmniejszania napięcia daje pacjentowi także przekonanie o własnych możliwościach wpływania na stan swojego organizmu, na swoje myśli i działania (Czabała, 2006, s. 42).

Techniki wyobrażeniowe to sposób na oczyszczenie umysłu ze starych, negatywnych myśli, różnego rodzaju „chwastów” i zastąpienie ich nowymi, pozytywnymi przekonaniem – ziarnami nowych roślin. Jest to pewnego rodzaju samouzdrowienie, które jest możliwe o ile zaczniemy się troszczyć o własny ogród swojej rzeczywistości (za: Epstein, 1996). Autor tej wypowiedzi dodaje, iż w swej praktyce klinicznej, gdy prosił pacjentów, by zajrzeli w głąb siebie, to okazywało się, iż wyobrażenia – podstawa wizualizacji – tworzą strukturę ich życia wewnętrznego (Epstein, 1996). Paul-Cavallier, podobnie opisuje techniki wizualizacyjne. Otóż twierdzi on, że owe techniki umożliwiają wykorzystanie i uświadomienie sobie treści zawartych w podświadomości. Co więcej, dają one możliwość ingerencji i zmiany treści nieświadomych nie tyle przez zmianę przeżytych faktów, ile przez skorygowanie sposobu opracowania przeżyć (Paul-Cavallier, 2009).

## **1. Wyobrażenia jako doświadczenia generowane przez jednostkę**

Tworzymy swoją osobowość i rozwijamy na zasadzie relacji z otoczeniem. Każdy człowiek ma osobowość, która tworzy się na podstawie różnego rodzaju reakcji ze środowiskiem zewnętrznym oraz własnych zasobów.

Najprościej ujmując, za sprawą zmysłów przetwarzamy i gromadzimy różnego rodzaju bodźce, za pomocą których konstruujemy obraz siebie oraz otaczającego nas świata (Kratochvil, 2001).

„Człowiek jest taki jak jego myśli”, napisano w Starym Testamencie. Problem tkwi w tym, aby uświadomić sobie treści, które są zawarte w naszej podświadomości. Niejednokrotnie możemy zaobserwować przenikanie się świadomości i nieświadomości. Widzimy to w czasie snu, konkretnie marzeń sennych (Paul-Cavallier, 2009). Język wyobrażeń jest dla nas najczęściej poznawalny poprzez „sny na jawie”. Większość z nas doświadczyła takich wrażeń, dlatego doskonale zdajemy sobie sprawę, że można się nim posługiwać równie swobodnie jak językiem słów. Umiejętność rozumienia przedstawionych obrazów i posługiwania się nimi wyprzedza prawdopodobnie zdolność do operowania słowami. Aby pojąć naturę języka wyobrażeń, wystarczy jedynie zauważyć jego istnienie (Epstein, 1996).

Procesy te często są przez nas prowokowane, kiedy wywołujemy tzw. stany zmienionej świadomości, np. stan hipnozy, głębokiej relaksacji czy medytacji w stanie *alfa* (Paul-Cavallier, 2009). Dla większości ludzi nie zastanawiających się głębiej nad różnorodnością stanów świadomości wydaje się oczywiste, że funkcjonujemy w rytmie czuwania i snu, czyli w stanie świadomości i nieświadomości. Zarówno stan czuwania, jak i snu mogą być podtrzymywane (lub wywoływane) środkami farmakologicznymi, którymi posługuje się współczesna medycyna oraz różnego rodzaju środkami narkotycznymi, przyjmowanymi przez ludzi z własnej woli w celu uzyskania stanu pobudzenia psychicznego, halucynacji itp. Tymczasem oprócz tych dwóch podstawowych istnieją jeszcze inne stany świadomości, takie jak: głębokiej relaksacji, medytacji według specjalnych technik psychologicznych, praktykowana w hinduizmie nirwana, a także odmiany stanów hipnotycznych (Gapik, 1990, za: Gapik 2000). Pomędzy poszczególnymi stanami świadomości brak ostrych granic (Gapik, 2000).

Według *Słownika Języka Polskiego* wyobrażenie definiowane jest jako wywołany w świadomości obraz przedmiotu lub sytuacji, które w danej chwili nie oddziałują na narządy zmysłowe człowieka, opierający się na uprzednio poczynionych spostrzeżeniach i fantazji; jeśli mają charakter wspomnieniowy, są to wyobrażenia odtwórcze; gdy zaś dotyczą treści nierzeczywistej, bez charakteru wspomnieniowego, określane są jako twórcze lub fantazyjne (Szymczak, 1981, s. 826). Wyobrażenia odtwórcze cechują się dużą wiernością wobec właściwości realnych obiektów. Możemy je przywołać w dowolnym momencie, niezależnie od materialnej obecności obiektu. Wyobrażenia twórcze natomiast są efektem intencjonalnych działań podmiotu. Niekiedy motywem ich tworzenia są ograniczone możliwości pamięci. Niekiedy w wyobrażeniach twórczych napotykamy obiekty stanowiące kombinację

cech innych obiektów, jak np. Pegaz. Istnieją również wyobrażenia oderwane od rzeczywistości. Operacje wykonywane przy tworzeniu wyobrażeń twórczych mają charakter transmorficzny, co oznacza, że istnieją przejścia pomiędzy różnymi modalnościami zmysłowymi. Jeśli dotyczą jednej modalności, to przypisywane są im elementy obrazu nowych właściwości, na przykład animacji czy inwersji barwnej (Zdankiewicz, Maruszewski, 2008).

Ponadto wyobraźnia wpływa na różne procesy psychiczne, takie jak pamięć, myślenie oraz twórczość. Wyobraźnia łączy się również z emocjami, głównie emocjami wtórnymi. Procesy emocjonalne, wyjąwszy emocje pierwotne, są ściśle związane z wyobrażeniami. Sytuacje, których doświadczamy, wywołują pewne pokłady emocji. Na poziomie podświadomym znajdują się reprezentacje umysłowe zawierające wiedzę na temat tego, jakie emocje w dotychczasowym doświadczeniu pojawiły się w odpowiedzi na daną sytuację. Jeśli zostaje podjęta analiza jakiegoś wydarzenia, zawsze dochodzi do wykorzystania wyobrażeń go dotyczących (Damasio, 1994). Tym sposobem wiemy, iż wyobrażenia wpływają w znaczący sposób na funkcjonowanie poznawcze człowieka.

## 2. Rozważania dotyczące procesów wyobrazeniowych

Rozwój medycyny i innych nauk pozwala nam śledzić zmiany w mózgu w różnych momentach życia. Przyczyniło się do tego swego czasu rozpowszechnienie elektroencefalografii i teorii fal bioelektrycznych. Nasz mózg jest zbudowany z miliardów komórek wysyłających sygnały elektromagnetyczne przekazywane przez synapsy. Każdy neuron powiązany jest z milionami innych neuronów, a jego aktywność jest nieustannie współzależna od ich aktywności. Pomiar tej aktywności daje obraz potencjału elektromagnetycznego wyrażonego w mikrowoltach oraz częstości oznaczanej miarą liczby na sekundę. W różnych stanach świadomości zmienia się częstotliwość. Widoczne są wówczas strefy optymalnego przewodnictwa i względnej nieprzepuszczalności. Świadomość zmieniać się może w zależności od stanu nasilonej czujności, kiedy to wszystkie zmysły są w pogotowiu, zdolne do natychmiastowej reakcji, aż do stanu nieświadomości, w którym funkcje życiowe są ograniczone, a reaktywność znikoma, jak np. w stanach komatycznych (Paul-Cavallier, 2009, s. 43).

Odwołując się do teorii fal mózgowych, które to odkrycie w roku 1924 roku przez niemieckiego psychiatrę Hansa Bergera było nie lada przełomem w badaniach prowadzonych nad mózgiem, możemy wyróżnić cztery ich rodzaje: *alfa*, *beta*, *theta* i *delta*.

Fale *beta* dominują, gdy mózg nastawiony jest na odbiór bodźców i uwagę – inaczej stan czuwania. W tej strefie częstość zmienia się od 14 do 32 cy-

kli na sekundę i każdy impuls ma potencjał od 10 do 50 mikrowoltów; to fale o potencjale 15 Hz. W miarę jak zwalniamy naszą uwagę, przesuujemy się do następnej strefy: fal *alfa*. Taki stan zazwyczaj dominuje podczas przebudzenia lub tuż przed zaśnięciem. W tej strefie potencjał jest słaby, natomiast częstotliwość podwyższona. Częstotliwość osiąga wartość od 14 do 18 cykli na sekundę, a potencjał osiąga do 100 mikrowoltów (4–7 Hz).

Fale *alfa* emitowane są przede wszystkim przez okolice potyliczno-ciemieniowe kory mózgowej, odpowiadające za przetwarzanie informacji wzrokowych. Zanikają podczas wysiłku umysłowego (np. przy wykonywaniu zadań matematycznych) i działania bodźców optycznych (np. przy otwarciu oczu i zadziałaniu na nie światła). Takie blokowanie fazy *alfa* jest spowodowane desynchronizacją aktywności neuronów, zachodzącą pod wpływem koncentracji umysłowej lub stymulacji narządów zmysłów. Ten właśnie stan chcemy osiągnąć w czasie relaksacji. Na tym poziomie świadomości możliwe jest odbieranie wszelkich sugestii, słyszenie głosu i reagowanie na polecenia bez udziału świadomości. W ramach tej aktywności mózgowej możliwy jest transfer materiału nieświadomego do świadomości i odwrotnie. Niektóre osoby, np. artyści, mają szczególną łatwość wchodzenia w aktywność typu *alfa*. Nazywają to czasem stanem inspiracji. Także dzieci tworzące obrazy wyobrażeniowe częściej funkcjonują na poziomie *alfa* niż dorośli.

Zgoła zupełnie odmienny stan uzyskujemy w strefie fal *theta*, gdzie częstotliwość mieści się w granicach od 7 do 4 cykli na sekundę, a potencjał rośnie do 200 mikrowoltów, co odpowiada od 3,5 do 8 Hz. Strefa *theta* odpowiada stanowi głębszej medytacji, marzeń sennych, transu hipnotycznego i snu. Przy tej aktywności opracowywane są treści nieświadome, również sen paradoksalny z fazą REM. W najgłębszych warstwach tej strefy przebiega również głęboki sen.

Ostatnią z omawianych jest strefa fal *delta* z liczbą 3 cykli na sekundę i potencjałem od 300 do 1000 mikrowoltów. Jest to stan, w którym wszystkie funkcje fizjologiczne ulegają spowolnieniu. Oddech jest płytki, rytm serca bardzo zwolniony. Życie w tej formie jest w zasadzie niemożliwe, ma postać wegetatywną. Bardzo często jogini mają umiejętność wprowadzania się w powyższy stan (Puthankatti, Joseph, Acharya, Min Lim, 2010).

### **3. Znaczenia fal *alfa* i *theta* dla właściwego funkcjonowania organizmu**

Nasz organizm za pomocą fal *alfa* i *theta* chroni naszą strefę aktywności głębszej, aby zregenerować swój potencjał na przykład wtedy, gdy dozna urazu bądź wstrząsu. Wskutek tego procesy przetrwania znajdują nowe za-

soby. Często w sytuacji poważnego wypadku człowiek mdleje lub traci przytomność. Tym samym włączamy system oszczędzania energii, chroniący to, co pozostało jeszcze z życia. Dzieci bardzo często pozostają w strefie *alfa*, co jest naturalnie wytłumaczalne, ponieważ ciało wydatkuje w tym okresie dużo energii na przyrost komórkowy. Stwierdzono również, że noworodek i człowiek umierający są w tym samym stanie świadomości (za: Paul-Cavallier, 2009).

Liczne badania dowodzą, iż sen oraz marzenia sennie są bardzo ważne dla naszego organizmu. Z punktu widzenia fizjologicznego podczas snu obniża się temperatura ciała, co powoduje oszczędność energii. Ponadto odpowiada on za właściwą gospodarkę hormonalną, stymuluje neurony, które nie były aktywne podczas czuwania (aby zapobiec zanikaniu nerwów – podejrzewa się bowiem, że nieużywane narządy zanikają), jest też odpowiedzialny za konsolidację pamięci.

Niedobór snu natomiast osłabia nasz układ odpornościowy. Na skutek tego wytwarza on mniej przeciwciał odpowiedzialnych za obronę przed infekcjami. Już w ubiegłym stuleciu wielu naukowców, dokonując doświadczeń na szczurach, udowodniło tę tezę – u szczurów, którym zmniejszono dawkę snu dochodziło do poważnych patologii, a nawet śmierci (Rechtschaffen, Gilliland, Bregmann, Winter, 1983). Mechanizm wyjaśniający wpływ deprywacji snu, na układ immunologiczny opiera się na założeniu, że deprywacja snu jest jednym ze stresorów. Powszechnie przyjmuje się, że za stresową supresję aktywności układu immunologicznego są odpowiedzialne steroidy nadnerczowe (Meerlo, Koehl, van der Broght, Turek, 2002, s. 397–402; Jurkowski, Bobek-Billewicz, 2002). Organizm produkuje wtedy większe ilości hormonu stresu zwanego kortyzolem, który zaburza pracę układu odpornościowego. Wówczas nie tylko stajemy się bezradni wobec ataków chorobotwórczych wirusów lub bakterii, lecz także nie możemy poradzić sobie z innymi groźnymi dla nas agresorami, np. powstającymi w naszym ciele komórkami nowotworowymi.

Istnieje powiązanie pomiędzy snem, marzeniami sennymi a pamięcią. Sen jest niezbędny, by w naszym mózgu doszło do uporządkowania wspomnień, czyli do wzmocnienia jednych, a osłabienia innych powiązań między sieciami komórek mózgowych. Podczas snu dochodzi do utrwalenia informacji w pamięci długotrwałej. Wówczas zostają też wykasowane niektóre zbędne informacje. Tym sposobem mózg, atakowany ogromną ilością informacji, nie zostaje przeładowany. Gdyby nie był oczyszczony z tych informacji, nie moglibyśmy więcej zapamiętać (Payne, Nadel, 2010). Stan, jakim jest sen, jest bezpośrednio związany z występowaniem marzeń sennych. Prowadzono eksperymenty, które polegały na natychmiastowym budzeniu pacjentów, gdy zaczynali wchodzić w fazę marzeń sennych. Po kilku dniach

stawali się spięci i rozdrażnieni. Kontynuowanie takiego postępowania prowadzi do pojawienia się snów na jawie, nawet przy otwartych oczach. Dalsze praktyki tego rodzaju mogły doprowadzić do zaburzeń psychicznych a nawet śmierci. Potwierdza to znaczenie fal *alfa* dla witalnych zasobów człowieka (Paul-Cavallier, 2009).

Reasumując, zarówno sen, marzenia senne, jak i stany relaksacji są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Nawiązując do wcześniejszej teorii fal mózgowych, stwierdzamy, że nasz mózg potrzebuje pewnego czasu w rytmie dobowym, kiedy zmienia częstotliwość funkcjonowania. Wiemy również, że odbiera częstotliwości otoczenia – przykładowo na kasetach z ćwiczeniami relaksacyjnymi rytm głosu ma indukować stan *alfa* i *theta*. Czasem jesteśmy stymulowani przez otoczenie, np. dźwięki (muzyka rockowa, hałas w pomieszczeniu czy też na zewnątrz), oświetlenie, obecność innych osób itp. – im bardziej eliminujemy źródła takiej stymulacji, tym bardziej jesteśmy spokojni, tworząc sobie warunki do maksymalnej koncentracji.

#### 4. Symbol w technice wizualizacji

Z punktu widzenia omawianej problematyki bardzo ważnym zjawiskiem jest transakcja metaforyczna. Polega ona na wywołaniu określonych skojarzeń poprzez wypowiedzi na pozornie odległy temat. Pozwala to czasem inaczej spojrzeć na określoną rzeczywistość. Ten rodzaj komunikacji przebiega najczęściej na płaszczyźnie nieświadomej. Język symbolu jest transakcją metaforyczną *par excellence* (Paul-Cavallier, 2009).

Symbolizacja jest bezpośrednio związana z transakcją metaforyczną. Symbol syntetyzuje pojęcia i idee, które w pierwszym przybliżeniu nie mają nic wspólnego ze sobą (Cavallier, 1990, s. 47). Pojęcie metafory pochodzi z języka greckiego i oznacza „przeniesienie ładunku” – jest to dobra ilustracja funkcji metafory, czyli przeniesienia lub przełożenia znaczenia. Metafora określa obiekt poprzez nazwę innego obiektu, musi między nimi jednak istnieć relacja analogii, tzn. muszą być one porównywalne. Niektórzy badacze języka skłaniają się czasem do traktowania metafory i porównania zamiennie. Podobną rolę mogą pełnić przykłady. Można zatem obserwować ścisłą zależność pomiędzy metaforą, przykładem a porównaniem (Schier, 1993).

Luis A. Allegro stwierdza, że język metaforyczny bazuje na symbolicznym znaczeniu słów i fakt ten sprawia, iż nabiera on podobnego charakteru jak język marzeń sennych (Allegro, 1990). Freud natomiast uznawał, że marzenia senne są „królewską drogą nieświadomości” (Freud, 1900). Na tej podstawie możemy przyjąć tezę, że język metafory jest także związany

z procesami nieświadomymi. Porozumiewanie się w przebiegu różnych terapii na poziomie metaforycznym stwarza szansę bezpośredniego dostępu do procesów pierwszorzędowych osoby, z którą pracujemy. Słowo i posługiwanie się słowem jest traktowane we wszystkich teoriach o orientacji psychoanalitycznej jako duże osiągnięcie w obrębie struktury *ego*. Tkwi w tym pewnego rodzaju paradoks. Rozwój funkcji symbolizacji, umożliwiającej komunikowanie się przy pomocy języka werbalnego lub przykładowo systemu gestów, wiąże się z dynamiką procesów drugorzędowych. Metafora staje się zatem specyficznym „symbolem symbolu”, jakim jest język, otwierając dostęp do procesów nieświadomych, pozostaje jednocześnie na poziomie przedświadomym czy nawet świadomym (Schier, 1993, s. 101).

Interpretacja metaforyczna według Allegro pełni funkcję podobną do stów projekcyjnych. Pacjent odpowiada na niejednoznaczność sformułowania analityka, uruchamiając materiał związany z działaniem mechanizmów projekcyjnych. Można zatem ogólnie powiedzieć, że komunikowanie się na poziomie symbolicznym, w szczególności zaś poprzez wykorzystanie porównań i przenośni, jest swoistą „pracą otwartą” (Allegro, 1990).

## 5. Technika wizualizacji – podstawy teoretyczne

Według Cavalliera (1990) seans wizualizacji rozpoczyna się zazwyczaj anamnezą lub krótką rekonstrukcją wydarzeń od ostatniego spotkania i zebrania znaczących sądów na temat siebie i świata. Pod koniec anamnezy powinniśmy sformułować pytanie, co chcemy osiągnąć. Kolejne części seansu autor podzielił na cztery fazy: indukcji, sugestii, powrotu do normalnej tonicznosci, werbalizacja i analiza przeżycia. Przybliżmy, na czym polegają poszczególne fazy wedle ujęcia autora.

Faza pierwsza (indukcji) może być mniej lub bardziej głęboka. Chodzi o to, by wejść w kontakt z samym sobą, głęboko się zrelaksować, odprężyć. Fazę indukcji możemy uzyskać poprzez wykorzystanie sfery wzrokowej (np. płomień świecy), sfery słuchowej (szum fal, muzyka relaksacyjna, jednostajny dźwięk), sfery kinestetycznej (napinanie i rozluźnianie mięśni), wykorzystanie doznań rzeczywistych, np. miejsca dotyku.

Faza druga - sugestii polega na wpisywaniu lub zakotwiczeniu w podświadomości pacjenta nowego zaprogramowania. W tej fazie podatności granice „Ja” zacierają się na jakiś czas. Dochodzi wtedy do podania sugestii w postaci metaforycznej, pozwalającej bezpośrednio dotrzeć do podświadomości danej osoby. Wskutek tego w przyszłości podmiot będzie reagował inaczej w zetknięciu z analogicznymi sytuacjami. Nowe konstruktywne za-

programowania, zakotwiczenia pojawiają się wskutek wizualizacji sensorycznej pożądanego celu, przeżywanego tak, jakby już był osiągnięty.

Faza powrotu do toniczności czy też inaczej normalnego napięcia jest czasem, kiedy wychodzimy z fazy wzmożonej podatności. Wówczas podmiot wychodzi z fazy *delta*, *theta* lub *alfa* i powraca do fazy *beta*. Podajemy wtedy odpowiednie sugestie, które pozwolą powrócić do stanu pierwotnego.

Ostatnia faza jest po prostu werbalizacją przeżycia. Jest ona konieczna, aby móc sobie uświadomić i zintegrować elementy, które pojawiły się w toku ćwiczenia. W tej fazie dowiadujemy się, jakie elementy zostały zakotwiczone w umyśle podmiotu, a które wymagają jeszcze pracy. W wypadku dzieci ta faza może być zrealizowana na różne sposoby, np. poprzez działalność plastyczną czy też prace techniczne wyrażające ich odczucia dotyczące ćwiczenia.

Gerald Epton (1989) skupia się głównie na przygotowaniu umysłu do wizualizacji. Twierdzi on bowiem, że każdy z nas może wykorzystać swoją wewnętrzną rzeczywistość w procesie przywracania lub utrzymania zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Według Eptona wszyscy jesteśmy wyposażeni w pewne zdolności, należy tylko odnaleźć do nich właściwą drogę. Istnieją cztery aspekty przygotowania umysłu do wytwarzania uzdrawiających form wyobrażeniowych. Pierwsze dwa, według autora, są częścią każdego ćwiczenia wizualizacyjnego: cel i wyciszenie. Pozostałe dwa stanowią element doświadczenia wyobrażeniowego w ogóle i określane są jako oczyszczenie i zmiana.

Pierwszy aspekt – cel – jest to tworzenie obrazów mentalnych w sposób ścisły i bezpośredni, związany z działaniem umysłu ukierunkowanym naszą uwagę na działanie czy też konkretne czynności. Przystępując do ćwiczeń, należy je rozpocząć od zdefiniowania celu, czyli tego, co chcemy osiągnąć, wykonując dane ćwiczenie. Jeśli np. chcemy być bardziej otwarci i śmiali w kontaktach z innymi, to przed ćwiczeniami stwierdzamy, że będziemy do tego celu dążyć.

Drugim stadium jest przygotowanie umysłu do pracy wyobrażeniowej. Konieczne są wówczas dwa rodzaje wyciszenia: zewnętrzne i wewnętrzne. Cisza zewnętrzna pomaga się skoncentrować na zadaniu. Jednakże istnieją pewne rodzaje zakłóceń, które mogą pomóc w wytworzeniu wewnętrznej ciszy, np. szum morza, śpiew ptaków czy inne odgłosy przyrody. Nieodzownym elementem wyciszenia jest relaks. Należy zastosować odpowiednie dla każdego techniki relaksacyjne, wykorzystując właściwy oddech, ćwiczenia izometryczne, ogólne skupienie na swoim celu. Epton, odmiennie niż Paul-Cavallier twierdzi, iż „głęboki” relaks nie jest pożądanym, ponieważ osłabia czujność, a nawet może wywołać senność.

Kolejny aspekt pracy wyobraźniowej stanowi oczyszczenie i nie jest ono niezbędnym elementem każdego ćwiczenia. Należy zacząć od „oczyszczenia naszych działań”. Jest to fragment decyzji o głębokim i jasnym spojrzeniu wewnątrz siebie i otwarciu się na informacje wysyłane przez ciało i uczucia.

Ostatnim etapem jest zmiana. Polega ona na rozstaniu się z rzeczami, ideami i uprzedzeniami dotyczącymi siebie i innych, co jest równoznaczne z zaprzestaniem walki o zatrzymanie biegu wydarzeń. Chodzi o to, by w sposób czynny i aktywny pożegnać się z rozpaczą spowodowaną nadmiernym przywiązaniem własnego istnienia do ustalonych, ograniczonych miejscem i czasem doświadczeń, rzeczy czy sytuacji.

Kolejny punkt widzenia, który chciałabym przybliżyć, zaprezentowała w swej książce Jennifer Day, która opracowała technikę wizualizacji dla dzieci. Autorka ukazuje podstawowe zasady pracy opierającej się na wyobrażeniach, którą z powodzeniem możemy wykorzystać w pracy z najmłodszymi. Schemat ten pozostawia wiele miejsca dla własnych udoskonaleń i modyfikacji. Elementy, które wyróżnia, to pewne zasadnicze wskazania, których elastyczne przestrzeganie zapewni poczucie stabilności działań i ich ciągłości. Day określa również czas trwania poszczególnych etapów, zakładając, że trening trwa półtorej godziny, jednakże zaznacza, że nie trzeba usilnie trzymać się tych zasad, można je odpowiednio modyfikować, w zależności od potrzeb i warunków pracy.

Jennifer Day podzieliła trening na osiem faz. Pierwsza z nich nosi miano „ogólnego odprężenia”. Według autorki należy około pięciu minut poświęcić na to, aby uwolnić się od ogólnych stresów i napięć, które mogłyby przeszkadzać w dalszej pracy. Zaleca, by pracując z podkładem muzycznym wykorzystywać poczucie rytmu i napinając oraz rozluźniając mięśnie doprowadzić do całościowego rozluźnienia ciała.

Kolejnym etapem pracy jest „twórczy ruch albo wizualizacja kinetyczna”, trwająca od dziesięciu do piętnastu minut. Autorka zaleca, aby pozostać przy jednej z form przez kilka sesji do czasu, aż dziecko oswoi się z konkretnymi elementami. Przedstawia też kilka form pracy w tej fazie, między innymi improwizowany taniec, czyli poruszanie się zgodnie z muzyką, którą proponujemy.

Faza trzecia to „oddychanie”, ma ona na celu zintensyfikowanie przepływu energii i skoncentrowanie uwagi. Zalecane jest pięć minut głębokich wdechów przeponowych bądź innych ćwiczeń oddechowych – na przykład takie, w którym dzieci w pozycji siedzącej nabierają głęboko powietrza, trzymając się za brzuch, tak by poczuły jak napęcznie powietrzem i delikatnie wypuściły powietrze nosem.

„Medytacja i koncentracja” ma służyć skupieniu świadomości i mobilizacji energii, której trwanie jest przewidziane na około piętnaście minut,

w zależności od stopnia rozkojarzenia dziecka. Ćwiczenia, które proponuje autorka w tej fazie, są bardzo podobne do fazy indukcji Paul-Cavalliera. Otóż polegają one na skupieniu uwagi na konkretnym punkcie w przestrzeni lub na biciu własnego serca, tak aby doprowadzić za pomocą łagodnej sugestii do zamknięcia oczu i odprężenia. Można również przeprowadzić tę fazę z użyciem relaksacyjnego podkładu dźwiękowego.

Następnym etapem jest „twórcza wizualizacja”, której długość jest przewidziana na około dziesięć minut, z opcją wydłużania czasu jej trwania. Jest ona niczym innym jak właściwą fazą sugestii, gdzie delikatnym i stonowanym głosem, pamiętając o odpowiednich pauzach, opowiadamy historię, która jest odpowiednio dostosowana do naszych podopiecznych. Układamy ją w taki sposób, aby była jak najbardziej zrozumiała, odpowiednia do wieku i wrażliwości oraz do tego, co chcemy osiągnąć

Faza szósta dotyczy „twórczego działania”. Jest najdłuższa ze wszystkich, ponieważ trwa do trzydziestu minut. Można zaproponować dzieciom cały wachlarz działań – poza rysowaniem, malowaniem czy lepieniem z plasteliny może to być również tworzenie z dostępnych nam materiałów typu krepa, papier kolorowy czy masa solna. Należy dostosować działanie do ogólnej tematyki zajęć tak, aby pozostały spójne.

Zajęcia zostają zwieńczone dwoma ostatnimi fazami, pierwsza z nich to „dzielenie się przeżyciami”, a druga – ostatnia to „wykraczanie”. Day proponuje, aby dzieci opowiedziały o swoich doświadczeniach i doznaniach z minionych zajęć w parach, gdzie jedna osoba opowiada wszystko drugiej. Dziecko będące słuchaczem powtarza całą historię. Ostatnia ósma faza ma poszerzać świadomość dzieci i powinna trwać od czterech do pięciu minut (za: Day, 1994).

## 6. Rola wizualizacji w socjoterapii

Socjoterapia od niedawna znalazła miejsce w ofercie pomocy psychologicznej młodzieży. Do pojęć wchodzących w zakres pomocy psychologicznej można zaliczyć psychoterapię, trening interpersonalny, psychoedukację i socjoterapię.

Określenie socjoterapii następuje wiele problemów, ponieważ w świetle definicji słownikowych jest rozumiana bardzo różnie. *Słownik psychologiczny* (1979) podaje, iż socjoterapia jest to organizowanie środowiska społecznego pacjenta w tym kierunku, by w możliwie dużym stopniu sprzyjało wyzdrowieniu i utrzymaniu zdrowia psychicznego. Socjoterapia akcentuje znaczenie kontaktów chorego z osobami z jego otoczenia społecznego (inni chorzy, personel medyczny, najbliżsi) dla przebiegu procesu leczenia. Pojęcie socjo-

terapii jest niedookreślone również ze względu na różne konteksty znaczeniowe, w których występuje. Na przykład Kratochvil (1990, za: Sawicka, 1999) włącza je w zakres znaczeniowy terapii środowiskowej. Według autora socjoterapia to specyficzna organizacja środowiska społecznego wspierającego psychoterapię osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego; pacjentom proponuje się różnego typu aktywności, spełniające funkcje terapeutyczne (m.in. rysowanie, słuchanie muzyki, oglądanie filmów). Jednakże pojęcie socjoterapii jest częściej używane w kontekście pedagogicznym (por. Matyja, 2005). Według Sawickiej (1999) socjoterapia jest formą pomocy psychologiczno-pedagogicznej, adresowaną głównie do dzieci i młodzieży. Polega na celowym stwarzaniu dzieciom warunków i doświadczeń społecznych umożliwiających zajście procesu socjoterapeutycznego, czyli odreagowanie emocjonalne oraz zmianę:

- sądów o rzeczywistości,
- sposobów zachowania.

Współczesne podejście do socjoterapii, wypracowane przez Ośrodek Rozwoju Umiejętności Wychowawczych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, zawarte zostało w pracy Jacka Strzemiecznego, a jego uzupełnienie stanowi opracowanie Zofii Sobolewskiej na temat zasad projektowania zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży (opracowanie powstało w Specjalistycznej Poradni Profilaktyczno-Terapeutycznej dla dzieci i młodzieży ze środowisk zagrożonych alkoholizmem OPTA w Warszawie). Strzemieczny (1993) podkreśla, iż socjoterapia to głównie stwarzanie dzieciom warunków (doświadczeń społecznych) umożliwiających zajście procesów socjoterapeutycznych, tj. zmianę sądów o rzeczywistości, sposobów zachowań i odreagowanie emocjonalne.

Socjoterapia jest pojęciem bardzo obszernym i daje nam wiele możliwości co do wyboru form pracy. Środowisko, z jakim się spotykamy, jest również bardzo zróżnicowane, począwszy od problemów z uzależnieniami a skończywszy na niepowodzeniach szkolnych. Wiele z nich bardzo często się ząębia. Grupa, z jaką pracujemy, również nie jest jednolita z uwagi na wiek uczestników.

Do technik stosowanych w socjoterapii należą: dialog terapeutyczny, psychodrama, arteterapia, terapia Gestalt, terapia zabawą, trening interpersonalny, które wymieniają wszyscy autorzy zajmujący się socjoterapią. Trening wyobrazeniowy nie pojawia się często jako osobna technika pracy w socjoterapii. Wielu autorów zamieszcza jej elementy w swoich propozycjach pracy z dziećmi i młodzieżą. Najczęściej pojawia się pod postacią ćwiczeń wyobrazeniowych wraz z elementami relaksacji (Sawicka 1999; Strzemieczny 1993; Ganczarska, 2008; Neil, Hibner, 2005; Konopczyński, 1996; Jachimska 1994).

W wielu publikacjach możemy odnaleźć przykłady gotowych scenariuszy, gier i zabaw stosowanych w socjoterapii. Pisząc niniejsze opracowanie chciałam przybliżyć technikę wizualizacji i ukazać, w jaki sposób oddziałuje na nasze ciało i umysł. W związku z powyższym zaprezentuję przykłady zajęć, w które zostanie włączona technika wyobrażeniowa. Oczywiście są to zajęcia, które można modyfikować w celu dostosowania do grupy, z którą pracujemy. Chciałabym ukazać, w jaki sposób można wykorzystać wizualizację nie tylko jako odrębną formę, ale również jako element zajęć, który może stać się pomocny w rozwiązywaniu problemów.

## 7. Przykładowe zastosowanie

### DZIECI PRZEJAWIAJĄCE ZACHOWANIA AGRESYWNE Z NISKĄ SAMOOCENĄ ORAZ PROBLEMAMI W ZAADAPTOWANIU SIĘ W ŚRODOWISKU SZKOLNYM

#### Cele:

1. Poszukiwanie różnorodnych dróg rozładowania napięć emocjonalnych w sposób akceptowalny społecznie.
2. Łagodzenie napięć fizycznych i psychicznych.
3. Pobudzanie procesów twórczych u dzieci.
4. Socjalizacja z innymi dziećmi.
5. Nabywanie umiejętności pracy w grupie.
6. Łagodzenie stresu związanego ze środowiskiem szkolnym.
7. Relaksacja i odprężenie organizmu.
8. Wywołanie pozytywnych konotacji związanych ze środowiskiem szkolnym.

9. Rozwijanie wyobraźni.

**Grupa wiekowa:** 11–13 rok życia

**Grupa:** maksymalnie 10-osobowa

**Czas:** około 80–90 minut

**Miejsce:** klasa szkolna

#### Pomoce dydaktyczne:

- maty,
- bęben,
- piłki jeże,
- chusta animacyjna (Klanza, Sherborn),
- grzechotki,
- kartki papieru,
- zamiennie może być płyta z muzyką relaksacyjną – szumem morza.

## Przebieg zajęć

### I. Część wstępna

Na wstępie należy zastosować zajęcia ruchowe, poprzez które uczestnicy rozładują napięcie nagromadzone w ciągu całego dnia. Ćwiczenia powinny być urozmaicone, czasami również takie, które spowodują zmęczenie fizyczne, ponieważ w ten sposób łatwiej przejść do koncentracji i wyciszenia. Należy pamiętać, że po powyższych ćwiczeniach ruchowych należy zaproponować kilka innych, prowadzących do coraz większej relaksacji, odprężenia, a tym samym skupienia.

W klasie, gdzie odbywają się zajęcia, rozkładamy maty, tak aby wszystkim było wygodnie i uczestnicy mogli zdjąć obuwie i zmienić je na sportowe tenisówki. Najlepiej, by pozostali boso lub w skarpetach antypoślizgowych.

1. „Rybka i rybak” – ćwiczenie, które można odnaleźć w Metodzie Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborn oraz w opracowaniu Anny Wasilak (Wasilak, 2002).

Uczestnicy stoją w kręgu, trzymając brzeg chusty. Wybieramy dwie osoby, które przyjmują role *rybaka* i *rybki*. *Rybak* wchodzi na chustę i stara się złapać pływającą w wodzie (pod chustą) *rybkę*. Bawiący falują chustą, utrudniając w ten sposób zadanie *rybakowi*. Gdy ten złapie *rybkę* następuje zmiana par.

2. „Plażowicze i rekiny” – ćwiczenie, które można odnaleźć w Metodzie Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborn oraz w opracowaniu Anny Wasilak (Wasilak, 2002).

Ćwiczenie to można stosować zamiennie lub dołączyć do poprzedniego. Uczestnicy siedzą w kręgu trzymając chustę na wysokości barków, są oni turystami kąpiącymi się w morzu. Pod chustą jest jedna osoba – *rekin*, który wciąga turystów pod wodę (pod chustę). Osoby, które znajdują się pod chustą, również stają się rekinami.

Jest to ćwiczenie pomagające w rozładowaniu emocji, napięć ruchowych, kształci refleks, określa role, współpracę w grupie, każda osoba może wystąpić w dwóch rolach.

### 3. „Wyrzucenie złych emocji”

Uczestnicy otrzymują kartkę papieru, na której wypisują wszystkie rzeczy, które ich denerwują; mogą dotyczyć ich samych, ale również szkoły, klasy i innych. Można podać przykład tak, aby wiedzieli, co mogą umieścić na kartkach. Następnie uczestnicy gniotą a później drą kartki, przy czym mogą krzyczeć i tupać. Po skończonym ćwiczeniu należy pozbierać papier i wyrzucić do kosza.

Ćwiczenie pozwala wyładować emocje, które wcześniej nazwaliśmy i symbolicznie pozbyć się ich z naszego życia.

#### 4. „Ćwiczenie na zmiany tempa”

Uczestnicy chodzą w rozsypce po sali, natomiast prowadzący wystukuje rytm, do którego mają się poruszać. Można poprowadzić te zajęcia z użyciem bębna, grzechotek bądź dowolnego instrumentu muzycznego. Następnie zwiększamy i zwalniamy tempo oraz dodajemy komentarze, np. „bum”, na który uczestnicy mają wykonać trzy obroty. Możemy stworzyć dowolną liczbę komentarzy, zachowując zmiany tempa, przez co ćwiczenie staje się ciekawsze.

Ćwiczenie ruchowe w przyspieszeniu tempa i wygaszanie emocji z muzyką; podporządkowanie się rytmowi jako czynnikowi stymulującemu. Zwiększa koncentrację na zadaniu i wykonywanej czynności, jest proste do przeprowadzenia w każdej grupie wiekowej.

#### 5. „Zrzuć ciężar z pleców”

Należy sobie wyobrazić, że jesteśmy na pustyni, bardzo długo idziemy przez nią, jest ciężko i gorąco. Wszyscy czują, że nie mogą już dalej iść i wielki ciężar przygniata ich plecy. Dla lepszego zobrazowania można poprosić dzieci, aby jedno z nich uwiesiło się rękami na plecach kolegi i opierało się o niego całym ciężarem ciała. Na okrzyk oaza uczestnicy odrzucają ręce do tyłu (lub kolega puszcza kolegę) z okrzykiem radości.

Ćwiczenie ma na celu pozbycie się negatywnych uczuć, które obrazujemy w postaci symbolicznej, pewnych problemów przygniatających nas jak wielki kamień, który nie pozwala dalej iść. Ćwiczenie można powtórzyć kilkakrotnie.

#### 6. Ćwiczenia na przekraczanie linii środka

Ruchy naprzemienne:

- dotykanie prawą ręką uniesionego lewego kolana, a potem lewą ręką prawego kolana – tak kilka razy na przemian,
- jak wyżej – dotykanie łokciem kolana,
- dotykanie lewą ręką prawej stopy (ręka za plecami, noga zgięta w kolanie) i odwrotnie.

Ćwiczenia te wzmagają aktywność organizmu, aktywizują jednocześnie obie półkule mózgowe. Usprawniają wykonywanie zajęć domowych, uczenie się, koordynację ciała przy zajęciach sportowych (ok. 10 minut).

„Leniwe ósemki”:

- kreślenie kciukiem, płynnym ruchem, leniwej (poziomej) ósemki, zaczynając od punktu środkowego na wysokości oczu, w lewo w górę, łukiem w dół; potem dołem do punktu środkowego, górą w prawo, łukiem ku dołowi i dołem w lewo do punktu wyjścia. Należy trzykrotnie powtórzyć ćwiczenie;
- następnie drugim kciukiem (3×),
- obydwoma kciukami, z rękami splecionymi (3×), zawsze wodząc wzrokiem za kciukiem.

Ósemki winny być „pełne”, z wyraźną linią środkową. Ćwiczenie to koordynuje działanie obu półkul mózgowych. Stanowi znaczną pomoc w re-educacji dzieci dyslektycznych. Poprawia płynność czytania, zapamiętywanie, słuchanie i myślenie jednocześnie (ok. 10 minut).

Ósemki na plecach kolegi lub koleżanki:

- uczestnicy siadają w kole – jedno za drugim; palcem rysują ósemki na plecach osoby, która siedzi z przodu, po czym następuje zmiana kierunku – najpierw kreślą je jedną, potem drugą ręką.

Zadanie to pomaga uzyskać skupienie i wyciszenie uczestników. W ten sposób możemy przejść do ćwiczeń oddechowych, a w rezultacie rozpocząć właściwą wizualizację.

#### 7. „Ćwiczenia oddechowe”

Należy poprosić uczestników, aby usiedli w siadzie skrzyżnym zwrócenie twarzami do siebie i wykonali głęboki wdech. Wypuszczając powietrze, pochylają się głęboko do przodu z wyciągniętymi rękami, aż dłonie dotkną podłogi. W tej pozycji nadal głęboko oddychają, przy każdym wydechu usiłując sięgnąć głębiej. Przy tym mogą sobie wyobrazić, że sięgają po coś, co leży w zasięgu ich ręki i nie mogą tego osiągnąć.

W kolejnym ćwiczeniu uczestnicy wyciągają przed siebie ręce wyprostowane w łokciach, poruszając nadgarstkami, zataczają dłońmi pełne koła na zewnątrz i do wewnątrz.

Siad w kole, twarzami do środka. Powolne wyciszanie po dotychczasowych ćwiczeniach. Głębsze oddechy. Można zamknąć oczy, jeśli ktoś ma ochotę. Zachęcamy dzieci, aby spróbowały przypomnieć sobie, co miłego je ostatnio spotkało – w domu lub w szkole. Jeśli ktoś chce, może o tym opowiedzieć pozostałym uczestnikom

Ćwiczenia te mają na celu nabycie umiejętności panowania nad emocjami, głębokiej koncentracji na ruchach, które wykonujemy, precyzji, opanowania a przy tym głębokiej relaksacji.

Następnie uczestnicy biorą maty, szukają dogodnego dla siebie miejsca w sali. Kładą się, najlepiej na plecach, ręce wzdłuż ciała. Można zamknąć oczy. Włączamy muzykę relaksacyjną lub używamy grzechotek i/lub innych instrumentów imitujących szum morza.

## II. Część główna - wizualizacja

### Wizualizacja „Na łodzi”

Oddychając głęboko i swobodnie, skoncentrujcie się na punkcie, który znajduje się naprzeciw was i odrobinę ponad linią wzroku. Poczekaście, aż powieki staną się ciężkie, nie przeszkadzajcie im, niech staną się coraz bardziej ciężkie, aż do momentu, kiedy się zamkną. Poczujcie ich ciężar i roz-

luźnienie. Teraz, spokojni i cisi, wsłuchajcie się w swój oddech i jego rytm; wyobraźcie sobie, że unosicie się na morskich falach. Niosą was w kierunku brzegu i znowu unoszą na głębinę... tam i z powrotem... tam i z powrotem... Poczujcie w sobie spokój, głęboki, trwałe spokoj... głębszy i pewniejszy niż wtedy, gdy zasypiacie... poczujcie ten spokój... jest cisza... słyhać tylko łagodny szum morza...

Płyniesz na morzu małą łódką, fale delikatnie kołyszą łodzią... Leżysz w niej, czujesz dotyk ciepłego, drewnianego dna... Zapach drewna, ciepło słońca, jest przyjemnie... Czujesz delikatne kołysanie się łodzi... W górę i w dół, w górę i w dół... Czujesz, że twój oddech ma ten sam rytm – wdech i wydech... Ogarnia cię spokój. Jesteś ciężki, ciepły, swobodny i spokojny... Słyszysz, jak fale delikatnie uderzają o burtę. Jesteś zupełnie spokojny i odprężony... Słyszysz szum morza... Patrzysz na niebo... Widzisz małą chmurkę na horyzoncie... Dopływasz do wspaniałej wyspy, na której są ogromne palmy kokosowe, wychodzisz na brzeg... pod stopami czujesz ciepły piasek... Idziesz po plaży i skręcasz w głąb wyspy... Znajdujesz małą ścieżkę... Pozwalasz się nieść falom... Idź teraz tą ścieżką, aż dojdiesz do wysokiego drzewa z mnóstwem gałęzi. To Drzewo Kłopotów, na którym wiszą wszystkie twoje zgryzoty. Stań na chwilę spokojnie, a potem zacznij zdejmować z siebie wszystkie strapienia, nawet te najmniejsze, wieszając je na gałęziach... Zdejmuj powoli wszystko co jest Twoim problem, zastanów się powoli i dokładnie wszystko powieś... Nie zapomnij o żadnym... Teraz zawróć i niech Cię poprowadzi Twoja ścieżka do wyjścia... Po drodze popatrz jakie piękne i dziwne rośliny oraz zwierzęta Cię otaczają, Wszystkie chcą się z Tobą przyjaźnić... Wszyscy są Twoimi przyjaciółmi. Wyprowadzają Cię z głębi wyspy na brzeg, gdzie stoi Twoja łódź. Żegnasz się ze wszystkimi i wsiadasz do łódki. Jesteś spokojny, rozluźniony, odprężony... Nic ci nie przeszkadza... Jesteś zupełnie spokojny i całkowicie odprężony... Płyniesz swoją łódką, a fale delikatnie Cię unoszą. Wróć teraz do klasy. Zwiń dłonie w pięści, wyciągnij i rozciągnij ręce, przeciągnij się i ziewnij, otwórz oczy (ok. 20 minut).

### III. Część końcowa

#### Zwerbalizowanie przeżyć i podsumowanie zajęć

##### 1) Masaż z piłkami

Uczestnicy siadają ze skrzyżowanymi nogami w kole tak, aby mieć przed sobą plecy koleżanki lub kolegi. Masujemy plecy koleżanki piłkami językami.

Ćwiczenie ma na celu utrzymanie stanu relaksu i odprężenia.

##### 2) Bużki

Na tablicy wypisujemy wszystkie ćwiczenia i dzieci przywieszają bużki wyrażające stopień zadowolenia z danych ćwiczeń.

### 3) Moje odczucia

Każdy otrzymuje karteczkę, na której zapisuje, jakie emocje pozostawiły w nim ćwiczenia wyobrazeniowe i jakie mają odczucia po wszystkich ćwiczeniach. Każdy przypina swoją karteczkę na tablicy korkowej. Można je później przeczytać. Nie trzeba wszystkich czytać na głos, każdy z uczestników może podejść i odczytać karteczki innych.

## Zakończenie

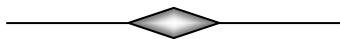
Głównym celem powyższego opracowania było zwrócenie uwagi na potencjał, jaki tkwi w technikach wyobrazeniowych. Zastosowanie wizualizacji nie ogranicza się jedynie do relaksacji, ogólnego odprężenia, ale również może służyć jako technika wspomagająca w rozwiązywaniu problemów i trudności życiowych. Jako jedna z nielicznych wykorzystywała tę technikę do pracy z najmłodszymi Jennifer Day, która ukazała, jak wiele aspektów możemy dzięki niej odkryć. Natomiast w wielu pozycjach można odnaleźć aspekty tej techniki, jednakże często nazwane w nieco inny sposób. Przykładowo Doris Berett (1998, s. 16–17) opisuje technikę relaksacyjną, którą „ubiera” w odpowiednią przypowieść „o Ani”. Opowiadania te umożliwiają dziecku przemyślenie problemu i zastanowienie się nad nim raz jeszcze oraz zadanie pytań z nim związanych w warunkach bezpieczeństwa. My dorośli często tak postępujemy. Podczas opowiadania zdarza się coś ważnego – dziecko uświadamia sobie, że nie tylko ono przeżywa lęki, że inne dzieci czują podobnie. To przywrócenie zaufania do siebie samego podnosi samoocenę i zwiększa pewność siebie oraz pomaga pokonać trudności.

Jak już zostało wspomniane, wyobrażenia bardzo silnie łączą się z pamięcią, myśleniem a nade wszystko z emocjami. Warto zatem wykorzystać potencjał, który tkwi w technikach wyobrazeniowych i rozszerzyć ich stosowanie. Tym bardziej, że nie wymaga to specjalistycznego wyposażenia czy umiejętności, z wyjątkiem uruchomienia wyobraźni.

## LITERATURA

- BRETT, D. (1998). *Opowiadania dla Twojego (nieco starszego) dziecka*. Gdańsk: Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne.
- CZABAŁA, J. (2000). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.
- DAMASIO, A.R. (1994). *Descartes error: Emotion, reason and the human Brain*. New York: Avon Books.
- DAY, J. (1997). *Twórcza wizualizacja dla dzieci. Sposoby pozytywnego oddziaływania na własne zdrowie*. Poznań: Zysk i S-ka.

- EPSTEIN, G. (1996). *Uzdrowienie przez wizualizację*. Poznań: Zysk i S-ka.
- FINKE, R.A., WARD, T.B., SMITH, S.M. (1992). *Creative cognition: Theory, research and application*. Cambridge, MA: MIT Press.
- FREUD, Z. (1987). *Psychologia życia codziennego. Marzenia senne*. Warszawa: PWN.
- GANCZARSKA, M. (red.) (2008). *Socjoterapia wychowanków pogotowia opiekuńczego*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- GAPIK, L. (1990). *Hipnoza i hipnoterapia*. Warszawa: PZWL.
- GAPIK, L. (2000). *Postępy psychoterapii*. Tom II. Poznań: P.W. INTERFUND.
- GAŚ, B. (1995). *Pomoc psychologiczna młodzieży*. Warszawa: WSiP.
- GROCHMAŁA, S. (red.) (1993). *Ćwiczenia relaksowo-koncentrujące*. Warszawa: PZWL.
- JACHIMSKA, M. (1994). *Grupa bawi się i pracuje. Zbiór grupowych gier i ćwiczeń psychologicznych*. Wałbrzych: Oficyna Wydawnicza UNUS.
- JACHIMSKA, M. (1997). *Scenariusze lekcji wychowawczych wg programu autorskiego „Życ skuteczniej”*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza UNUS.
- JURKOWSKI, M.K., BOBEK-BILLEWICZ, B. (2002). *Wpływ deprywacji snu na odporność organizmu*. „SEN”, T. 2, nr 3, s. 95–98.
- KADUSON, H., SCHAEFFER, CH. (2001). *Zabawa w psychoterapii*. Gdańsk: GWP.
- KONOPCZYŃSKI, M. (1996). *Twórcza resocjalizacja. Wybrane metody pomocy dla dzieci i młodzieży*. Warszawa: Editions Spotkania System MEN.
- KRASOŃ, K., SZAFRANIEC, G. (2002). *Dwa światy. Ruch dyrektywny i niedyrektywny jako wizualizacji – odkrywanie – poznawanie*. Kraków: IMPULS.
- KRATOCHVIL, S. (1980). *Psychoterapia*. Warszawa: PWN.
- LEWANDOWSKA, B., LEWANDOWSKA, K., SOŁOWIEJ, J. (1990). *Techniki stymulacyjne i terapeutyczne dla dzieci i młodzieży*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- MEERLO, P., KOEHL, M., VAN DER BROGHT, K., TUREK, F.W. (2002). *Sleep restriction alters the hypothalamic-pituitary-adrenal response to stress*. „J. Neuroendocrinol”, 14, pp. 397–402.
- PAUL-CAVALLIER, F.J. (2009). *Wizualizacja. Od obrazu do działania*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- PAYNE, J.D., NADEL, L. (2004). *Sleep, dreams, and memory consolidations: The role of the stress hormone cortisol*. „Learning memory”, No. 11, pp. 671–678.
- PUTHANKATTI SUBHA, D., JOSEPH, P.K., ACHARYA, R., MIN LIM, CH. (2010). *EEG Sygnal Analysis: A. Survey*. „Journal of Medical System”, Vol. 34, No. 2, pp. 195–212.
- RECHTSCHAFFEN, A., GILLILAND, M., BREGMANN, B.M., WINTER, J.B. (1983). *Physiological correlates of prolonged sleep deprivation in rats*. „Science”, Vol. 221, No. 4606, pp. 182–184.
- SAWICKA, K. (1999) (red.). *Socjoterapia*. Warszawa: CMPP.
- SCHIER, K. (1993). *Rola symbolu w terapii psychoanalitycznej pacjentów w okresie dorostania*. „Nowiny Psychologiczne”, Nr 3, s. 101–106.
- STRELAU, J. (2008) (red.). *Psychologia ogólna*. Tom 2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- STRZEMIECZNY, J. (1993). *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży*. Warszawa: CMPP.
- SZYMCZAK, M. (red.) (1981). *Słownik języka polskiego*. Tom 3. Warszawa: PWN.
- ZDANKIEWICZ-ŚCIAĞAŁA, E., MARUSZEWSKI, T. (2008). *Wyobrażenia jako pierwsza forma doświadczenia generowanego przez jednostkę*. W: J. Strelau (red.). *Psychologia ogólna*. Tom 2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.



## Twórczość w socjoterapii

### Wprowadzenie

Zdolności twórcze<sup>1</sup> są w dzisiejszych czasach potrzebne i cenione. Ważne jest stałe dokształcanie się w zawodzie, a umiejętności tzw. „miękkie” są istotniejsze niż te „twarde”, potwierdzone dokumentem z uczelni. Człowiek musi elastycznie reagować na zmiany i wyzwania nie tylko te związane z życiem zawodowym, ale również prywatnym. Potrzebne są umiejętności, takie jak: określanie przydatności informacji, odróżnianie faktów od opinii, krytyczne myślenie, znajdowanie bądź tworzenie wielu alternatywnych rozwiązań danego problemu oraz przewidywanie konsekwencji działań. (Fatt, 2000). Te same cechy są ważne również poza obszarem aktywności szkolnej czy zawodowej, a postawa twórcza sprzyja radzeniu sobie z wyzwaniami również w życiu prywatnym. Szkoły nie zawsze są miejscem, w którym istnieją dobre warunki do rozwoju twórczości – zbyt często głównym celem jest jedynie przygotowanie uczniów do kolejnego testu czy egzaminu przez wyuczanie jedynie słusznych, gotowych odpowiedzi. Postawa twórcza natomiast zakłada elastyczność, stały rozwój, tolerancję niepewności i niejednoznaczności, chęć i odwagę poznawania nowego, a ponadto motywację wewnętrzną i autentyczność. Kreatywność pomaga utrzymać zainteresowanie i zaangażowanie, pomaga przewyciężyć sztywne struktury myślenia, podnosi poczucie skuteczności i sprzyja ekonomii myślenia (Jaskyte, 2009).

O ile dzieci, które nie potrzebują zajęć socjoterapeutycznych, mogą rozwijać te cechy w środowisku nie tylko szkolnym, tak dzieci kierowane na te zajęcia zwykle są w tym ograniczone poprzez sądy urazowe, które usztyw-

---

<sup>1</sup> Pojęcia „twórczość” i „kreatywność” będą używane wymiennie.

nią ich postawy i zachowania, a szerzej patrząc poprzez środowisko pozaszkolne, często niesprzyjające pełnemu wykorzystaniu potencjału dziecka. Socjoterapia jest dobrym rozwiązaniem, które umożliwia rozwijanie twórczości dzieci, gdyż nie ma tu presji związanej z ocenami, jak w klasie, a całe zajęcia zorientowane są na rozwój uczestników. Ponadto spojrzenie na uczestników jako osoby twórcze i z potencjałem przeciwdziała w pewnym stopniu stygmatyzacji, jaka może się wiązać z uczestnictwem w zajęciach socjoterapeutycznych, nawet jeśli nie są nazwane wprost terapią. Promowanie twórczej postawy jest w jakiś sposób obecne w każdej terapii, w najogólniejszych założeniach – w prowadzeniu pacjentów do autonomicznego i elastycznego wykorzystywania swoich zasobów do osiągnięcia celów i pokonywania przeszkód.

Mówiąc o twórczości w socjoterapii, należy uwzględnić rozmaite obszary praktyczne. Ważna jest kwestia rozpoznawania i wzmacniania twórczych postaw uczestników. Ponadto kreatywność będzie przejawiać się w formie zajęć, w przygotowywaniu i prowadzeniu poszczególnych ćwiczeń, budowaniu rytuałów oraz jako element postawy terapeuty, wyrażającej się stosunkiem do uczestników zajęć, sprzyjającej realizowaniu celów socjoterapii i służącej do modelowania. U podstaw tych oddziaływań leży jednak teoria pokazująca, czym jest i z jakimi korzyściami może się wiązać postawa twórcza.

## 1. Pojęcie twórczości

Twórczość rozumiana jest najczęściej jako aktywność osoby, potencjalnie prowadząca do wytworzenia przezeń wytworu, o którym można powiedzieć, że jest nowy i wartościowy – przy czym oba kryteria są względne, wymagające uściślenia. Warto odróżnić wytwory nowe z punktu widzenia konkretnego człowieka od tych, które są nowe dla ludzkości w ogóle (analogicznie Koziński wyróżnia transgresje typu P i H). Wartości, jakie niesie wytwór można przydzielić do czterech kategorii: poznawczej (dążenie do prawdy), estetycznej (do piękna), pragmatycznej (użyteczność) i etycznej (dobro). Kryteria można też zróżnicować na jawne (Guilford: płynność, giętkość, oryginalność; O'Quin i Besmer: wymiar nowości, sensowności i stylu) i ukryte (Amabile: ocena konsensualna dokonywana przez grupę ekspertów z danej dziedziny; Bruner: kryteria emocjonalne). Z kolei Nęcka proponuje ujęcie triadowe odnoszące się do cech wytworu, reakcji psychicznej odbiorcy i cech procesu myślenia (Nęcka, 2003).

W literaturze dotyczącej twórczości wyróżnia się tzw. 4P (*person, process, product, press*) dotyczące składowych procesu tworzenia. Opisywać można

twórcę jako takiego, proces tworzenia konkretnego wytworu, sam wytwór i środowisko wchodzące w interakcję z trzema pierwszymi składowymi. Postać twórcy opisują takie czynniki, jak: temperament i cechy osobowości (interakcja cech wrodzonych i środowiska), inteligencja i sprawność procesów poznawczych (być może specyficzna konfiguracja?), „twarde” zdolności w danej dziedzinie, np. słuch muzyczny oraz motywacja do podjęcia twórczej aktywności. W pewnym sensie składają się one na coś, co mogłoby być określone jako „twórczość potencjalna”, która do rozwoju wymaga odpowiedniego środowiska. Środowisko zewnętrzne może być sprzyjające bądź nie rozwojowi zdolności, podejmowaniu twórczej aktywności (interakcja z motywacją), wyborowi optymalnego obszaru aktywności twórczej – np. zgodnego ze zdolnościami, asymilowaniu wszelkiego materiału, z którego można korzystać w konkretnym już procesie twórczym. Na środowisko składają się również specyficzne cechy miejsca i czasu, w jakich twórca żyje, niekoniecznie rozpatrywane pod kątem sprzyjania twórczości, ale wywierające na nią swoisty wpływ („duch czasu”). Mogą one jednak być sprzeczne z osobistymi cechami twórcy. Czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, a więc cechy twórcy i środowiska, należy rozpatrywać również w wymiarze czasowym – choć oczywiście niektóre będą bardziej stabilne niż inne (Nęcka, 2003; Sołowiej, 1997).

Można mówić o twórczości wybitnej i o twórczości codziennej, w tym na najbardziej podstawowym poziomie o twórczości jako interpretacji świata, informacji na kształt piagetowskiej akomodacji. Twórczość niejako zaczyna się od takiej interpretacji, która następnie może zostać zakomunikowana innym jednostkom w formie pytania, komentarza, wytworu itp. (Beghetto, 2007b).

Sternberg (2003) zwraca uwagę na dwanaście kluczowych składników twórczego myślenia. Nie chodzi tylko o same umiejętności, ale również o motywację i decyzję, by stosować je w praktyce. Są to: redefiniowanie problemów, czyli brak łatwej akceptacji sposobu, w jaki problem jest narzucony z zewnątrz, krytyczna analiza własnych idei, umiejętność przekonania innych do swoich pomysłów, utrzymanie elastyczności myślenia a jednocześnie poszerzanie wiedzy na dany temat, odwaga do pokonywania przeszkód i odwaga do ryzykowania wyrażająca się w próbach czegoś nowego, motywacja do stałego rozwoju, wiara w siebie mimo porażek, tolerancja niepewności, odnalezienie tego, co naprawdę jest dla nas interesujące i robienie właśnie tego, cierpliwość oraz tolerancja wobec własnych błędów. Sternberg podkreśla mocno, że nie tylko same umiejętności poznawcze są istotne dla bycia kreatywnym, ale decyzja danej jednostki o tym czy je rozwijać i wykorzystać.

## 2. Motywacja wewnętrzna i autonomia a twórczość

W kontekście związków twórczości z terapią, a szczególnie socjoterapią, warto podkreślić takie cechy wiązane z twórczością, jak: motywacja wewnętrzna, autonomia, elastyczność, tolerancja niepewności, umiejętność stosowania heurystyk w sytuacjach źle określonych, w których nie można zastosować algorytmów, a także ciekawość, otwartość i poszukiwanie nowości.

Motywacja stojąca za twórczością to przede wszystkim motywacja wewnętrzna, gdzie sam fakt wykonywania danej czynności jest nagradzający, efekt działania schodzi zaś na dalszy plan. Twórczość przypomina pod tym względem zabawę. Csikszentmihalyi wiąże z kolei motywację wewnętrzną z doświadczeniem *flow*, czyli subiektywnym doznaniem złożonym z pozytywnych emocji, takich jak: podniecenie, radość i zaniepokojenie podczas pełnego zaangażowania w wykonywaną czynność, bez znużenia czy zmęczenia. Warunkiem *flow* jest równowaga między poziomem kompetencji a wymogami zadania. Ponadto z twórczością i motywacją wewnętrzną wiąże się ciekawość poznawcza. Powoduje ona podejmowanie eksploracji niesłużącej praktycznym celom. Osoby o dużej ciekawości poznawczej częściej dostrzegają i podejmują rozmaite problemy, dłużej i głębiej nad nimi pracują. Boddże stymulujące ciekawość poznawczą są z reguły nowe, niespójne, słabo określone, a więc jest to również sytuacja stymulująca bądź wymagająca zdolności twórczych. Należy też wspomnieć, że motywacja do twórczości może się wiązać z potrzebą osiągnięć i rywalizacją, które zwrótnie, zwłaszcza w zbyt dużym nasileniu, mogą szkodzić procesom twórczym. Natomiast potrzeba osiągania coraz wyższego poziomu, pokrewna hubrystycznej motywacji opisanej przez Kozielskiego, może bardzo stymulować twórczość (Nęcka, 2003).

Teoria autodeterminacji Ryana i Deci opisuje trzy typy motywacji, tworzące kontinuum: amotyację (*amotivation*), motywację zewnętrzną (*extrinsic motivation*) i motywację wewnętrzną (*intrinsic motivation*). Różnią się one stopniem autonomii, przy czym motywacja wewnętrzna jest nasycona autonomią w największym stopniu. W badaniach naukowych jako ważny wskaźnik służący do odróżniania różnych typów motywacji jest traktowana właśnie autonomia. Amotyacja może się przejawiać po prostu brakiem działania, ale też jako utrata kontroli nad sobą. Regulacji zachowania w zasadzie w tym wypadku nie ma. Jako motywację zewnętrzną określa się zewnętrzną regulację zachowania poprzez kary i nagrody oraz introjekcję, która każe nam zachowywać się w dany sposób, by utrzymać samoocenę i uniknąć poczucia winy. Na pograniczu motywacji zewnętrznej i wewnętrznej znajdują się działania podejmowane z uwagi na wartości i prze-

konania ważne dla jednostki, ale inicjowane przez czynniki zewnętrzne. Przekonania te są dużo lepiej zintegrowane z self osoby niż introjekty, o których była mowa wcześniej. Im lepsza integracja, im bardziej też jednostka świadoma jest swoich wartości, przekonań, ich hierarchii i możliwych konfliktów między nimi, tym bardziej autonomiczne będzie jej działanie (Ryan, Deci, 2006).

Motywacja wewnętrzna jest najsilniej nacechowana autonomią. Działania podejmowane są bez wpływu czynników zewnętrznych, spontanicznie i wyrażają prawdziwe pragnienia jednostki. Ujawnia się przy tym wrodzona tendencja do szukania nowości i wyzwań, dążenie do rozwoju możliwości, potrzeba eksplorowania i nauki. Działanie motywowane wewnętrznie cechuje aktywna eksploracja, ciekawość i chętnie wykorzystywanie umiejętności. Jednostka doświadcza pozytywnych emocji, a działanie jest nagrodą samą w sobie. Motywacja wewnętrzna zwykle zwiększa poziom (jakość) wykonania czynności i powoduje lepsze radzenie sobie z trudnościami. Wiąże się z tym szukanie wyzwań i ogólny rozwój jednostki. Motywacja wewnętrzna może jednak podlegać wpływom czynników zewnętrznych, sprzyjających jej bądź nie. Wpływ środowiska społecznego jest bardzo ważny, przykładowo zewnętrzne nagradzanie i zbyt ścisła kontrola są szkodliwe i niszczą wewnętrzną motywację. Sprzyjające jest natomiast pozostawianie możliwości wyboru, a także rozumienie i szanowanie uczuć jednostki. Z kolei stałe, powtarzające się informacje o niekompetencji jednostki osłabiają zarówno wewnętrzną, jak i zewnętrzną motywację, ostatecznie prowadząc do stanu amotywacji. Teoria autodeterminacji opisuje, jakie czynniki społeczne wpływają na zaspokojenie potrzeb kompetencji i autonomii, co z kolei sprzyja motywacji wewnętrznej. Gdy istnieje już motywacja wewnętrzna, zdrowa więź z innymi (w wypadku dziecka - z matką) pozwala na bezpieczną eksplorację. Teoria autodeterminacji mówi również o tendencji rozwojowej do postrzegania coraz większej ilości działań jako motywowanych wewnętrznie. Rodzi to pytanie, jakie czynniki wpływają na internalizację, czyli zmianę motywacji zewnętrznej w wewnętrzną (Ryan, Deci, 2006).

W odniesieniu do różnych typów motywacji możemy mówić o różnym stopniu internalizacji źródeł podejmowanego działania, analogicznym do stopnia autonomii i wraz z nim rosnącym. Zewnętrzna regulacja poprzez kary i nagrody cechuje się najniższą internalizacją, nieco większą widać w wypadku introjekcji (unikania poczucia winy i ochrony samooceny). Istnieje wiele potencjalnych źródeł kontroli zachowania poza self. Słaba internalizacja jest skutkiem socjalizacji, podczas której środowisko, szczególnie rodzice, byli albo zbyt kontrolujący, albo za mało zaangażowani. Zalicza się tu również zbyt przyzwalający i niespójny styl wychowania. Autonomia musi być wspierana aktywnie, rodzice powinni umieć spojrzeć z perspek-

tywy dziecka i zrozumiale wytłumaczyć mu powody swoich wymagań, zakazów itp. Ryan i Deci porównują introjekty do pokarmu, który został połknięty w całości i nigdy nie przetrawiony (Ryan, Deci, 2006).

Większy stopień internalizacji widzimy w odniesieniu do identyfikacji i integracji. Identyfikacja to świadoma akceptacja wartości i zaangażowanie w osiąganie celów. Pełna integracja wartości i przekonań zakłada świadomość ich hierarchii i możliwych konfliktów, a przede wszystkim spójność tychże wartości, przekonań i celów z *self*. Sprawna internalizacja daje większe możliwości autonomicznych działań, koreluje też z pozytywnymi emocjami, skutecznym radzeniem sobie ze stresem i ogólnym dobrostanem. Integracja widoczna jest raczej w działaniach dorosłych, natomiast jeśli chodzi o autonomię u dzieci, to przejawia się ona raczej przez zachowania spontaniczne, motywowane wewnątrznie, które też, jako wynikające wprost z *self*, nigdy nie musiały podlegać internalizacji (Ryan, Deci, 2006).

Warunki socjalizacji najbardziej sprzyjające internalizacji to po pierwsze struktura (spójność) oraz zaangażowanie rodziców i aktywne wspomaganie autonomii. Wszystkie trzy czynniki są tu ważne – przykładowo duże zaangażowanie i małe wspieranie autonomii zwykle pociągają za sobą rozmaite symptomy zaburzeń w przyszłości. Potrzeby więzi i autonomii są synergistyczne. Bywa, że w niesprzyjającym środowisku społecznym jednostka jest zmuszona do wyboru między nimi – jednak rezygnacja z zaspokajania którejkolwiek potrzeby pociąga za sobą znaczne straty (Ryan, Deci, 2006).

Fenomenologicznie zachowania cechujące się autonomią są opisywane jako działania regulowane przez *self* – są one chętnie i z własnej woli podejmowane, dają poczucie spójności, wynikają z i odzwierciedlają prawdziwe potrzeby i wartości jednostki oraz jak najlepiej pasują do danych okoliczności zgodnie z wiedzą osoby je podejmującej. Autonomiczna regulacja zachowania jest refleksyjna, świadoma i spójna. Autonomia ma wpływ na elastyczność, kreatywność i trwałość zachowań oraz na zdrowie somatyczne i psychiczne. Podczas zachowań w dużym stopniu cechujących się autonomią jednostka w pełni dąży do wyznaczonego sobie celu, doświadczając przy tym więcej pozytywnych emocji niż w przypadku mniej autonomicznych zachowań, ma również większe poczucie spójności działań z *self* (Ryan, Deci, 2006).

Autonomia wpływa również na regulację i integrację doświadczeń emocjonalnych jednostki. Teoria autodeterminacji jest podejściem raczej eudajmonistycznym niż hedonistycznym – nie ma tu „dobrych” albo „złych” emocji, natomiast optymalnym stanem jest zdolność do rozróżniania i doświadczenia wszystkich emocji w sposób odpowiedni do kontekstu, w jakim się pojawiają. Dojrzała integracja emocjonalna jest w tym ujęciu najbardziej autonomiczną formą regulacji emocji. Zakłada świadomość doświadczanych

emocji, tych prawdziwych, zintegrowanych z *self*, wrażliwość na nie i możliwość użycia owej świadomości i wrażliwości w celu ich regulacji. Jest to konieczne również dla możliwości podejmowania autonomicznych działań. Bez dostępu do emocji jako informacji o stanie, w jakim jednostka się znajduje, niemożliwe byłoby rozpoznanie i zaspokajanie prawdziwych potrzeb.

Dojrzała regulacja emocjonalna to również przyzwolenie i zainteresowanie przeżyciami wewnętrznymi. Przeciwnieństwem tego jest zarówno niemożność skutecznej regulacji i bycie owładniętym emocjami, jak i sztywna wewnętrzna kontrola oraz ich tłumienie. Dobrostan jednostki wyklucza zarówno sytuację, w której to emocje kontrolują jednostkę, jak i taką, gdzie to ona ściśle je kontroluje. Optymalnie jednostka umie doświadczać wszystkich emocji i modulować ich wyrażanie w sposób otwarty i elastyczny. Takie funkcjonowanie daje możliwość rozwoju jednostki. Pozwala również na pełny, akceptujący i prawdziwy kontakt z innymi ludźmi, w tym na relacje intymne. Warto zaznaczyć, że nie jest to jedynie synchronizacja czynników afektywnych, behawioralnych i poznawczych – samo w sobie nie gwarantuje to integracji emocji z *self*. Z drugiej strony można też świadomie i autonomicznie zachować się w sposób niezynchronizowany, np. ukryć emocje. Jednak większa autonomia faktycznie pozwala na częstszą i łatwiejszą synchronizację.

Dojrzała regulacja emocjonalna rozwija się w trakcie internalizacji norm społecznych. Z wiekiem jednostka w coraz mniejszym stopniu polega na zewnętrznych wskazówkach przy rozpoznawaniu i wyrażaniu swoich emocji. Co ważne, elastyczność w regulacji emocji jest bardziej adaptacyjna niż sztywność – więcej elastyczności to równocześnie więcej autonomii. Deci i Ryan wyróżniają naukę integracji emocji na dwóch granicach: wewnętrznej – między *self* a innymi aspektami osobowości oraz zewnętrznej – między jednostką a środowiskiem (Ryan, Deci, 2006).

### 3. Twórczość a zdrowie psychiczne

Próbując powiązać twórczość, autonomię i zdrowie psychiczne, należy podkreślić przede wszystkim wewnętrzne poczucie kontroli i sprawstwa, elastyczność oraz otwartość. Nie chodzi natomiast o kojarzone czasem z twórczością sztywne wymagania aktywności czy oryginalności. Ważne będzie szerokie, elastyczne i autonomiczne spojrzenie na siebie i świat.

Ścigała (1991) wiąże twórczość z samosterownością poprzez pojęcie kontroli. Zwraca uwagę na teorie opisujące człowieka jako rozumiejącego samego siebie oraz otaczającą go rzeczywistość i dążącego do oddziaływania na nią, podkreślając, że nie jest to stanowisko zakładające indeterminizm i cał-

kowicie „wolną wolę”. Istotne natomiast w tym ujęciu jest to, czy człowiek uważa sam siebie za źródło własnych działań i siłę sprawczą tych działań, a także następujących po nich zmian w środowisku. Ścigała odwołuje się w tym miejscu do pojęcia wewnętrznie bądź zewnętrznie umiejscowionej kontroli w teoriach Rottera i Seligmana, rozróżnienia kontroli pierwotnej (nad otoczeniem) oraz wtórnej (samokontroli) w ujęciach Snydera i Rothensa oraz przede wszystkim do czteroczynnikowego modelu percypowanej kontroli autorstwa F.B. Bryanta. W modelu tym, po uwzględnieniu wymiaru kontroli pierwotnej bądź wtórnej oraz wymiaru zdarzenia, które może być pozytywnie bądź negatywnie przez jednostkę wartościowane, wyróżnia się cztery mechanizmy kontroli nad zdarzeniami: unikanie, utrzymywanie, doznawanie i zmaganie. Zarówno postawa twórcza, jak i zdrowie psychiczne są, zdaniem Ścigały, związane z pojęciami kontroli i świadomości.

Stasiakiewicz (1991) wskazuje na wspólny aspekt zachowań twórczych i szeroko rozumianych mechanizmów obronnych – mianowicie w obu wypadkach mamy do czynienia z zadaniem bądź problemem do rozwiązania. Pozwala to opisywać oba zjawiska w kategoriach pragmatyki celów, środków i efektów. Konstruktem wiążącym zachowania obronne z twórczymi byłaby kategoria zmagania się (*coping*) ze stresem. Zdrowie psychiczne zakładałoby nie tyle minimalizowanie zachowań obronnych, co umiejętność elastycznego korzystania z rozmaitych strategii potrzebnych w danej sytuacji. Mechanizmy obronne przykładowo pozwalałyby na doraźne opanowanie negatywnych emocji w nagłej sytuacji, umożliwiając w dalszej kolejności zachowania ukierunkowane na rozwiązanie problemu, bądź w okolicznościach, w których obiektywnie nie jest możliwe skuteczne działanie nastawione na problem umożliwiałyby utrzymanie stosunkowo niskiego poziomu emocji negatywnych. W takim ujęciu znika wartościowanie mechanizmów obronnych (negatywne) i zachowań twórczych (pozytywne), zastąpione elastycznym (i twórczym!) doбором sposobów zmagania się w zależności od wymagań sytuacji i możliwości jednostki.

Również Sęk (1991) zwraca uwagę na podobieństwa procesów twórczych i zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi. Wydarzenia te są w istocie sytuacjami problemowymi, często bardzo złożonymi i niejednoznacznymi, wymagającymi od jednostki nie tylko znalezienia optymalnego rozwiązania, ale też określenia środków i sposobów oraz przede wszystkim wyznaczenia celu, samodzielnego zdefiniowania problemu, redefinicji sytuacji. Wymagają zatem od jednostki umiejętności twórczych, kreatywności, elastyczności, otwartości, stosowania heurystyk, radzenia sobie z sytuacją niejasną i niejednoznaczną. W przeciwieństwie do codziennego stresu życiowego zawierają w sobie konieczność dokonania zmian, często bardzo

złożonych. Sęk, nawiązując do poglądów Ścigały, zwraca uwagę, że ważnym atrybutem zdrowia psychicznego jest możliwość wykorzystania procesów kontroli (świadomości i samoświadomości) do adekwatnego rozumienia siebie i otoczenia, a także, że zdrowie psychiczne to proces autokreacji w interakcji z wymaganiami otoczenia. Przywołując zaś klasyfikację kompetencji zmagania się z kryzysami życiowymi Moosa oraz taksonomię zmagania się Bramera i Abrego, wskazuje na te formy zmagania się, które podobne są do procesów twórczych. Należą tu zarówno te ukierunkowane na analizę i ocenę zdarzenia, na rozwiązanie problemu, jak i na zarządzanie emocjami oraz wykorzystywanie własnych zasobów, planowanie i wprowadzanie zmian oraz pozyskiwanie zewnętrznego wsparcia.

Ważnym spostrzeżeniem jest to, że kompetencje, które jednostka wykorzystuje podczas zmagania się z trudną sytuacją, zależą między innymi od jej wcześniejszych doświadczeń. Jeśli tak jest, to tym bardziej należy budować stosowne umiejętności z wyprzedzeniem. Zajęcia socjoterapeutyczne są miejscem, gdzie jest to możliwe nie tylko w przewidywaniu krytycznych wydarzeń życiowych, ale w celu szeroko pojętego rozwoju dziecka. By efektywnie wspierać rozwój dziecka w zakresie szeroko pojętych zdolności twórczych należy najpierw zidentyfikować, jaki jest jego potencjał i na tej podstawie dobierać właściwe, najkorzystniejsze interwencje.

#### 4. Identyfikacja potencjału twórczego dziecka

Wygotski wprowadził pojęcie sfery najbliższego rozwoju na określenie tych umiejętności, których dziecko jeszcze wprawdzie nie posiada, ale potencjalnie jest w stanie je opanować z pomocą innych osób. Tej właśnie sfery powinny dotyczyć oddziaływania opiekunów również jeśli chodzi o twórczość, co wymaga uwzględnienia perspektywy rozwojowej i specyfiki dziecięcej twórczości w różnych okresach rozwoju (Dziedziewicz, 2009). Wiąże się to także ze spojrzeniem na uzdolnienia twórcze dziecka jako z jednej strony umiejętności aktualne, które dziecko posiada i rozwija, a z drugiej na potencjalności umożliwiające dopiero zdobywanie nowych umiejętności (Feldman, 1980, za: Dziedziewicz, 2009) Oprócz potencjału, jaki posiada samo dziecko, ważny jest zatem kontekst środowiskowy, a także cechy charakteru i motywacja dziecka (Dziedziewicz, 2009).

Dziedziewicz zwraca uwagę, że poziom twórczości jako cechy jest różny u różnych dzieci. Oznacza to konieczność indywidualnej diagnozy tego poziomu, by jak najefektywniej oddziaływać w kierunku rozwoju twórczych zdolności dziecka. Na różnych etapach rozwoju dziecka różne są przejawy twórczości, a więc i sposoby diagnozowania, różne też osoby znaczące są

zaangażowane w identyfikację i wspomaganie jego potencjału twórczego. W pierwszych latach życia dziecka są to naturalnie przede wszystkim rodzice, następnie zaś również nauczyciele. Identyfikacja i wspomaganie potencjału twórczego to proces ciągły, wymagający współpracy różnych środowisk wpływających na rozwój dziecka (Dziedziewicz, 2009). Do nich zaliczyć można również grupę socjoterapeutyczną, gdzie diagnoza dotycząca zdolności twórczych może być częścią ogólnej diagnozy na potrzeby pracy z nim. Przede wszystkim chodziłoby o wnioski płynące z obserwacji dziecka i informacji od rodziców czy nauczycieli, nie o stosowanie testów twórczego myślenia.

Diagnoza potencjału twórczego nie powinna służyć selekcji lub etykietowaniu, które dziecko jest twórcze, a które nie, ale ma dać podstawy do takich oddziaływań, które będą najefektywniej wspomagały rozwój konkretnego dziecka, wykorzystując jego potencjał, ale nie wymagając czegoś, do czego nie będzie ono zdolne. Dziedziewicz przywołuje koncepcję Artura Cropleya dotyczącą poziomów twórczości dziecka. Cropley określa cztery składowe twórczości: po pierwsze wiedzę ogólną i specjalistyczną, po drugie umiejętności poznawcze, po trzecie motywację i po czwarte osobowość. Pięć poziomów twórczości wyróżnionych na tej podstawie obejmuje twórczość w pełni urzeczywistnioną gdy wszystkie składowe są rozwinięte oraz cztery poziomy odpowiadające zahamowaniu poszczególnych składowych. Pseudotwórczość oznacza brak wiedzy potrzebnej dziecku do tworzenia, twórczość sfrustrowana zakłada brak odpowiednich umiejętności myślenia twórczego, twórczość zaniechana brak motywacji, natomiast twórczość stłumiona brak cech osobowości ważnych w twórczości. Pracując z konkretnymi dziećmi, należy rozpoznać, w jakim stopniu rozwinięte są poszczególne składowe i według tego dobierać stosowne oddziaływania, przykładowo wzmacnianie cech charakteru, takich jak otwartość na doświadczenie, wytrwałość, niezależność czy odwaga w odniesieniu do twórczości stłumionej (Cropley, 2001, za: Dziedziewicz, 2009).

Sposób identyfikacji potencjału twórczego zależy od wieku dziecka. Dla młodszych dzieci, które jeszcze nie osiągnęły wieku szkolnego, naturalną aktywnością jest zabawa. Dziecko podejmuje takie zabawy, które pozwalają mu dopełnić aktualnie budowane schematy intelektualne, potem dana zabawa traci atrakcyjność a dziecko zajmuje się czymś innym (Gruszczyk-Kolczyńska, Zielińska, 2004, za: Dziedziewicz, 2009). Zabawy są podejmowane z dużym zaangażowaniem, jeśli dziecko wybiera je spontanicznie, natomiast dyrektywnie narzucane zadania mogą zniechęcać. Dla diagnozy twórczości ważne jest osobiste zainteresowanie i zaangażowanie dziecka, stąd należy opierać ją na obserwacji w sytuacjach zabawowo-zadaniowych. Ponadto można wykorzystać takie metody jak portfolio. Rozpoczęcie nauki

w szkole wiąże się z wieloma zmianami w umiejętnościach i aktywnościach dziecka. Rośnie między innymi umiejętność dowolnego skupiania uwagi i myślenia przyczynowo-skutkowego. To oraz umiejętności czytania i pisanie pozwalają na wykorzystanie metod identyfikacji potencjału twórczego, takich jak testy twórczości. W starszym wieku szkolnym dochodzi możliwość wykorzystania metod opartych na samopoznaniu (kwestionariusze, pogłębiony wywiad). Nadal jednak najważniejsza jest obserwacja i ogólna dobra znajomość dziecka, zaś wielką rolę odgrywa tu nauczyciel i jego współpraca z rodzicami (Dziedziewicz, 2009).

## 5. Nauczycielskie nominacje twórczości uczniów

Nauczyciele odgrywają znaczącą rolę, jeśli chodzi o dostrzeżenie i rozwój potencjału twórczego dziecka. Z tego powodu bada się, na podstawie jakich kryteriów nauczyciele określają czy uczeń jest, czy nie jest twórczy.

W Polsce badania takie przeprowadzono m.in. na próbie uczniów i nauczycieli dwóch warszawskich liceów. Po pierwsze sprawdzano, na ile nominacje nauczycieli w zakresie twórczości uczniów są trafne, po drugie, co wpływa na te nominacje – a więc jakie są jawne (świadome) i ukryte kryteria stosowane przez nauczycieli. Okazało się, że tym, co najsilniej wpływa na uznanie ucznia za twórczego są oceny szkolne, niezależnie od charakterystyk osobowościowych i poziomu faktycznych zdolności twórczych. Było to silniej zaznaczone w wypadku szkoły o wyższym poziomie nauczania, prawdopodobnie z powodu większej koncentracji nauczycieli na wynikach uczniów, presji związanej z egzaminami, zdawalnością na studia itp. W szkole o stosunkowo niskim poziomie nauczania wpływ na nauczycielskie nominacje miał mierzony testem KANH wymiar konformizm – nonkonformizm, mianowicie nauczyciele oceniali jako bardziej twórczych tych uczniów, którzy cechowali się niskim konformizmem (Karwowski, Ciak, Grubek, 2009).

Wyniki te są spójne z poglądem, że nauczyciele najczęściej utożsamiają inteligencję i zdolności uczenia się z uzdolnieniami twórczymi, natomiast uzdolnienia specjalne, motoryczne, ale też i przywódcze są dużo częściej pomijane, a szanse na ich rozwój są w szkole mniejsze (Giza, 1998, za: Karwowski, Ciak, Grubek, 2009). Podobne wyniki uzyskał również Pearlman (1983, za: Karwowski, Ciak, Grubek, 2009), w którego badaniu nauczycielskie oceny twórczości uczniów korelowały raczej z inteligencją niż faktyczną twórczością uczniów. W innym eksperymencie nauczyciele porównywali pracę w grupie złożonej z uczniów wysoce inteligentnych, ale nietwórczych oraz w grupie uczniów bardzo twórczych, choć o niższym ilorazie intelligen-

cji. Należy przy tym podkreślić, że obie grupy nie różniły się istotnie wynikami w nauce. Nauczyciele zdecydowanie preferowali pracę z grupą bardziej inteligentną i mniej twórczą (Getzels, Jackson, 1962, za: Karwowski, Ciak, Grubek, 2009). Warto zauważyć, że w innym badaniu – co prawda nie w Polsce – to uczniowie woleli nauczycieli inteligentnych i kompetentnych, natomiast takie cechy, jak kreatywność i umiejętności interpersonalne były uznane za drugorzędne (Milgram, 1979, za: Davidovitch, 2006).

W badaniach Pufal-Struzik (Pufal-Struzik, 2006, za: Gajda, 2009) nauczycielki oraz studentki pedagogiki wybierały z listy przymiotnikowej słowa charakteryzujące ucznia idealnego i ucznia twórczego i rangowały je w zależności od istotności danej cechy. Uczeń idealny w ich ujęciu to uczeń osiągnięty sukces szkolny, wskazywane były też przymiotniki pozwalające na osiągnięcie owego sukcesu. Nie było tam cech kojarzonych z twórczością, jak: „oryginalny”, „niezależny”, „pomysłowy”, „refleksyjny” itp. Z kolei charakterystyka ucznia twórczego pomijała część cech właściwych osobom twórczym, a przeważały w niej cechy związane z intelektem.

Również we własnych badaniach Gajdy (2009) okazało się, że oceny uczniów jako twórczych silnie wiążą się z wynikami w nauce. Niezależnie od faktycznych zdolności twórczych uczniów z dobrymi ocenami ma większe szanse na bycie określonym jako kreatywny. W badaniach tych nauczyciele zaznaczali na listach przymiotników te cechy, które ich zdaniem najlepiej charakteryzują poszczególne dzieci z ich klasy. Przymiotniki dawały się pogrupować do trzech czynników: „twórczość”, „dobry uczeń” i „nonkonformizm”. Niezależnie oceniani uczniowie rozwiązywali Rysunkowy Test Twórczego Myślenia Urbana i Jellena, pozwalający na ocenę aspektu instrumentalnego (zdolności) i motywacyjnego (uwarunkowania osobowościowe) twórczości. Wyniki badania pokazują, że uczniowie słabi, ale twórczy, byli określani o połowę mniejszą ilością przymiotników niż dobrzy, choć nietwórczy. Ponadto żaden z uczniów słabych, ale twórczych nie został jako twórczy rozpoznany, podczas gdy prawie połowa uczniów nietwórczych, ale dobrze się uczących, została przypisana do grupy twórczych.

Twórczy trzecioklasista jest, podsumowując, według nauczycieli inteligentny, pewny siebie, pomysłowy, wytrwały, aktywny, pilny, otwarty, niezależny, ale przede wszystkim – ma wysokie oceny. Tylko część z tych przymiotników wiąże się z twórczością i nie należą do nich wysokie wyniki w nauce. Gajda wskazuje na potencjalne problemy związane z utożsamianiem twórczości i dobrych ocen. Uniemożliwia to przede wszystkim rozpoznanie i pomoc uczniom twórczym, którzy z jakichś powodów nie są w stanie uczyć się dobrze. Wpływa też na to specyfika szkoły, która często hamuje rozwój twórczości. Przejawy twórczości mogą być również rozpoznawane jako zachowania niegrzeczne, prowadzące do chaosu i wymagają-

ce upomnienia, szczególnie w wypadku uczniów słabych. Równocześnie nagradzane i wzmacniane są odtwórcze zachowania uczniów dobrych, ale mało twórczych, utrwała się tym samym model nauczania, w którym nauczyciel przekazuje wiedzę, następnie odpytuje z niej ucznia, który ma za zadanie jedynie odtwarzać, nie wnosząc nic własnego.

Badania nad ocenianiem uczniów jako twórczych bądź nie prowadzono również za granicą. Dawson (et. al., 1999) zwraca uwagę, że cechy kojarzone z twórczością przez nauczycieli różnią się często i znacznie od tych wynikających z teorii twórczości. We wcześniejszych badaniach (Runco, 1989, za: Dawson et. al., 1999; Westby, Dawson, 1995) okazało się, że wynikający z teorii zestaw cech nie różni się istotnie od cech kojarzonych z twórczością przez laików – za wyjątkiem nauczycieli. Z jednej strony nauczyciele deklarują, że lubią gdy ich uczniowie są twórczy, z drugiej jednak nie tolerują takich zachowań tradycyjnie wiązanych z twórczością jak nonkonformizm. Po zbadaniu twórczości dzieci w zadaniach werbalnych (pisanie opowiadania) i niewerbalnych (praca plastyczna) okazało się, że dzieci najlepiej spełniające kryteria twórczości wskazywane przez nauczycieli osiągały najlepsze wyniki w zadaniu werbalnym, zaś te, które osiągały wysokie wyniki w zadaniu niewerbalnym spełniały tradycyjne kryteria twórczości. Dawson porównuje ze sobą również oba zestawy cech „twórczych” – tradycyjny i opisywany przez nauczycieli. O ile w tradycyjnym za najbardziej charakterystyczne dla twórczości zostały uznane takie cechy, jak samodzielne tworzenie reguł postępowania, impulsywność i nonkonformizm, to te właśnie cechy były przez nauczycieli określone jako mało charakterystyczne. Nauczyciele z kolei podkreślali takie cechy, jak indywidualizm, zdolność do ryzyka i determinację, które w spojrzeniu tradycyjnym były wprawdzie ważne, ale nie najważniejsze. Ponieważ dzieci ocenione przez nauczycieli jako twórcze wypadały dobrze w zadaniu wymagającym twórczości werbalnej, a słabo w wymagającym niewerbalnej, autor wskazuje, że może należy po prostu badać różne rodzaje twórczości. Z drugiej strony jednak podkreśla, że większa wrażliwość nauczycieli na twórczość werbalną może wynikać z nakładania się nauczycielskich teorii twórczości i inteligencji, jako że wykazano (Kershner, Ledger, 1985, 1981, za: Dawson et. al., 1999), iż dzieci uzyskujące wysokie wyniki w testach werbalnej twórczości zwykle osiągały wysokie wyniki w teście inteligencji, zaś z testami twórczości niewerbalnej nie było takiego związku. Ponadto Dawson zauważa, że większą szansę na bycie rozpoznany i wspieranym przez nauczyciela mają ci twórczy uczniowie, którzy oprócz zdolności twórczych cechują się dobrym poziomem socjalizacji, a więc nie są postrzegani jako niegrzeczni lub sprawiający kłopoty.

Należy też wspomnieć o wynikach uzyskanych przez Chana (Chan, Chan, 1999). Mimo różnic kulturowych uniemożliwiających porównywanie

wprost wyników ze szkół w Hong Kongu oraz szkół europejskich i amerykańskich warto zauważyć, że w tych badaniach część charakterystyk, jakie nauczyciele przypisywali twórczym uczniom była cechami z ich punktu widzenia niepożądanymi, jak: „arogancki” („*arrogant*”), „upierający się przy swoim zdaniu” („*opinionated*”), „buntowniczy” („*rebellious*”) oraz „egocentryczny” („*self-centered*”). Pozostałe charakterystyki ucznia twórczego to: „zadający pytania” („*always questioning*”), „obdarzony wyobraźnią” („*imaginative*”), „szybko odpowiadający” („*quick in responding*”), „aktywny” („*active*”) oraz „o wysokich zdolnościach intelektualnych” („*high intellectual ability*”). Chan porównuje uzyskane przez siebie wyniki z podobnymi pochodzącymi z badań amerykańskich (Montgomery et al., 1993, za: Chan, 1999; Runco et al., 1993, za: Chan, 1999; Runco, 1984, za: Chan, 1999). Najczęściej w badaniach tych pojawiały się określenia uczniów twórczych jako: „artystyczny” („*artistic*”), „ciekawy” („*curious*”), „obdarzony wyobraźnią” („*imaginative*”), „niezależny” („*independent*”), „inteligentny/zdolny” („*intelligent/clever*”) oraz „oryginalny” („*unique/original*”). Nie pojawiły się określenia związane z cechami niepożądanymi – nauczyciele amerykańscy mieli raczej skłonność, by uczniom twórczym przypisywać cechy pożądane, a nietwórczym niepożądane, natomiast wiele wskazanych cech odnosiło się do funkcjonowania intelektualnego, podobnie zresztą jak we własnych badaniach Chana, gdzie związek ten był nawet silniejszy. Wynika z tego problem odróżniania przez nauczycieli twórczości i inteligencji oraz twórczości i problemów z zachowaniem. Badania te pozostają jednak w sferze deklaracji nauczycieli, nie weryfikując, jak w praktyce nauczyciele odnoszą się do uczniów twórczych.

Inne badanie porównujące oceny rodziców i nauczycieli, tym razem ściśle w zakresie twórczości, prowadził Runco (1993). Obie grupy przypisywały pożądane cechy dzieciom twórczym i niepożądane nietwórczym. Rodzice między sobą zasadniczo zgadzali się w ocenie twórczości swojego dziecka, co pomóc może następnie w zapewnieniu dziecku odpowiedniego środowiska sprzyjającego rozwojowi twórczości, nie nudnego i nie przesadnie wymagającego. Autor dodatkowo zwraca uwagę, że nauczyciele w niższych klasach mogą bardziej akceptować nonkonformistyczne, niestandardowe zachowania uczniów, podczas gdy ci z klas wyższych oczekują większej socjalizacji i konformizmu.

W badaniach Eason (2009) okazało się, że nauczyciele, którzy sami siebie uważali za twórczych, mieli skłonność do określania swoich uczniów jako bardziej twórczych. Może to wynikać z ich większej akceptacji dla twórczego i niejednoznacznego zachowania uczniów. Ci nauczyciele z większym prawdopodobieństwem też stwarzają w klasie klimat sprzyjający twórczym zachowaniom uczniów.

## 6. Problemy z twórczymi uczniami

Jak to już zostało powiedziane, nauczyciele mogą postrzegać pewne cechy uczniów twórczych jako niepożądane. Jeśli jednak nauczyciel ma świadomość, jak mogą wyglądać przejawy twórczości uczniów, ryzyko, że zostaną zignorowane lub ukarane się zmniejsza. Z problemów, wobec których twórczy uczeń może stawiać nauczyciela, należy wymienić przede wszystkim konieczność reakcji na niespodziewane pytania i odpowiedzi ucznia (Karwowski, Ciak, Grubek, 2009).

Nauczyciel, mając zaplanowany przebieg lekcji i najczęściej za mało czasu na zrealizowanie wszystkich zagadnień przewidzianych programem, może niechętnie reagować na twórcze i wymagające innego spojrzenia pytania i odpowiedzi ucznia, nie mówiąc o tym, że pytań pojawia się znacznie więcej niż w wypadku ucznia nietwórczego. Ponadto niektórzy nauczyciele mogą być skłonni do potraktowania tej sytuacji jako próby celowego zakłócenia porządku lekcji lub ośmieszenia ich osoby. Dyscyplina w klasie może rzeczywiście ulec rozluźnieniu, a inne dzieci mogą wykorzystać okazję do faktycznie niegrzecznych zachowań. Jeszcze inny problem pojawia się, kiedy związki dostrzeżone przez twórczego ucznia nie są w pełni jasne dla nauczyciela, który sam nie czuje się do końca pewnie w danym obszarze materiału. Twórczemu spojrzeniu na realizowany program nie sprzyja również ogólna filozofia naszego systemu szkolnego, zgodnie z którą nauczyciele wymagają głównie odtwarzania wiedzy przekazywanej przez nich uczniom, a testy i egzaminy w większości wymagają jedynej słusznej odpowiedzi. Uczeń twórczy natomiast ma skłonność do myślenia dywergencyjnego, proponowania niezwykłych rozwiązań i stosowania heurystyk, które mogą na pierwszy rzut oka wyglądać jak bezpodstawne zgadywanie. Tym ważniejszy staje się więc problem odróżniania dzieci twórczych i nietwórczych oraz zdolności twórczych od rzeczywistego nieposłuszeństwa (Scott, 1999; Karwowski, Ciak, Grubek, 2009).

W badaniach Scott (1999) sprawdzano następujące hipotezy: po pierwsze, że w porównaniu z dziećmi „przeciętnymi” dzieci twórcze będą oceniane przez nauczycieli jako bardziej niegrzeczne, po drugie, że w porównaniu z twórczymi chłopcami twórcze dziewczynki będą oceniane jako grzeczniejsze, wreszcie po trzecie, że w porównaniu ze studentami nauczyciele będą oceniać twórcze dzieci jako bardziej niegrzeczne. Wyniki pokazały, że istotnie w porównaniu ze studentami nauczyciele mieli większą skłonność przypisywać brak dyscypliny twórczym dzieciom. Nie potwierdziło się jednak przypuszczenie o różnicy ze względu na płeć dzieci – mimo że chłopcy generalnie byli postrzegani jako bardziej niegrzeczni, to w odniesieniu do dzieci twórczych tej różnicy nie zaobserwowano. Okazało się również, że

przeciętnie twórcze dziewczynki były postrzegane jak bardziej twórcze niż przeciętnie twórczy chłopcy. Są to obserwacje spójne z wynikami innych badań, w których dzieci twórcze były wskazywane przez nauczycieli jako mniej przez nich lubiane (Westby, Dawson, 1995), a sami nauczyciele mieli skłonność do upominania uczniów za „niestosowne” pytania i komentarze (Russ, 1993, za: Scott, 1999). Jedynie uczniowie, którzy są zarówno twórczy, jak i posiadają cechy „dobrego ucznia”, czyli są spokojni, pracowici, posłuszni mają szansę na pozytywną reakcję ze strony nauczyciela, zaś pozostali twórczy uczniowie takiego wsparcia nie dostają, co może skutkować zahamowaniem zdolności twórczych (Westby, Dawson, 1995).

Wielu autorów zwraca uwagę, że negatywna reakcja nauczycieli na twórczych uczniów jest spowodowana z jednej strony brakiem czasu i ogromnym materiałem do przerobienia na lekcjach, a z drugiej trudnościami w utrzymaniu dyscypliny w klasie, szczególnie jeśli klasy są liczne, co dodatkowo utrudnia rozpoznanie potrzeb każdego ucznia i właściwą reakcję (Westby, Dawson, 1995; Beghetto, 2007b). Jeśli chodzi o ten drugi problem badania pokazują, że poglądy nauczycieli na temat kreatywności i jej miejsca w szkole zaczynają odbiegać od tradycyjnych dopiero po pewnym czasie pracy w zawodzie, czyli po uzyskaniu bezpośredniego doświadczenia (Nolan, Englishm von Eschenbach, 1984, za: Westby, Dawson, 1995).

Zajęcia socjoterapeutyczne pozbawione są wielu czynników niesprzyjających rozwojowi twórczości u dzieci – nie ma presji ocen ani czasu, nie ma tak zadaniowego nastawienia, zaś działania koncentrują się wprost na rozwoju dziecka. Należy jednak pamiętać, że to czego dziecko nauczyło się w klasie, np. że jego własne pytania i komentarze nie są wartościowe ani pożądane, może się generalizować na inne obszary, natomiast postawa wypracowana na zajęciach socjoterapeutycznych może być źle odbierana przez nauczycieli. Postrzeganie zachowań twórczych jako nieposłuszeństwa może być problemem również w wypadku socjoterapii, gdzie z założenia mamy do czynienia z dziećmi o zachowaniu w jakiś sposób zaburzonym. Może to utrudniać przyjęcie innej perspektywy i dostrzeżenie potencjału dziecka.

## **7. Klimat sprzyjający twórczości i stymulacja zdolności twórczych**

Warto uwzględnić kategorię twórczości w rozwoju dziecka z kilku powodów. Wskazać można na związek twórczej postawy ze zdrowiem psychicznym, z rozwojem kompetencji szkolnych i później zawodowych oraz na możliwość późniejszego przekształcenia się twórczości dziecięcej w twórczość dojrzałą, skryształizowaną (Dziedziewicz 2009; Nęcka, 2003). Dorośli zaangażowani w rozwój dziecka, przede wszystkim, ale nie tylko rodzice

i nauczyciele, powinni zatem wspierać rozwój zdolności twórczych i twórczą postawę swoich podopiecznych (Dziedziewicz, 2009). Większość z przytoczonych badań dotyczy sytuacji w klasie szkolnej i relacji między uczniami a nauczycielem. Wskazówki co do stymulacji zdolności twórczych są jednak na tyle uniwersalne, że będą przydatne również w innych kontekstach pracy z dziećmi i nie tylko dziećmi, w tym naturalnie przy prowadzeniu zajęć socjoterapeutycznych.

O stymulowaniu aktywności twórczej w interakcji rodzic – dziecko i zwiększaniu tym samym kompetencji w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi pisze Sommerfeld (1991). Mówi ona o dwóch modelach: zadaniowym i interakcyjnym, rozważając, który z nich jest korzystniejszy w praktyce. Można w pewnym stopniu przenieść owe modele na interakcje dziecka z innymi dorosłymi, którzy w jakiś sposób przyczyniają się do rozwoju jego kreatywności. Model zadaniowy zakłada celową aktywność dorosłego, który jest niejako wykonawcą, realizatorem i sam nie podejmuje twórczych działań. Powinien cechować się stosownymi kompetencjami przy wykonywaniu zadania, jakim jest stymulacja zdolności twórczych dziecka. Stymulacja owa polega między innymi na dawaniu dziecku zadań otwartych, dobrze dobranych do możliwości psychofizycznych dziecka, interesujących i motywujących dziecko do wysiłku. Dorosły kontroluje wykonanie zadania przez dziecko, ale w sposób nie ograniczający jego samodzielności i podtrzymujący jego motywację. Ponadto dorosły powinien stwarzać dziecku warunki materialne i emocjonalne sprzyjające twórczym działaniom. Jest on w tym modelu traktowany jako narzędzie osiągnięcia celu, czyli stymulacji twórczej dziecka. Wiąże się z tym kilka możliwych trudności, jak przykładowo nadmierne poczucie odpowiedzialności za rezultat działań, co z kolei może prowadzić do przypisywania sobie porażek i sukcesów dziecka. Może pojawić się czynnik oceny i rywalizacji. Strategia zadaniowa, ograniczając aktywność twórczą dorosłego, utrudnia również jego rozwój, koncentrując się wyłącznie na dziecku.

Model interakcyjny natomiast zakłada koncentrację na samej interakcji dziecka z dorosłym, bez narzucania z góry jej celu. Zarówno partner, jak i zadanie jest tu równie ważne, pomysły i propozycje pochodzą od obu stron i są następnie negocjowane, zaś koszty osobiste każdego z partnerów interakcji są minimalizowane. Obie strony zachowują autonomię, co zwiększa komfort w relacji, zaś brak presji związanej z celem daje większą szansę na doświadczenie pozytywnych emocji. Z koncentracją na samym działaniu, nie zaś na celach związana jest motywacja wewnętrzna, jak wiadomo mocno powiązana z twórczością. W strategii interakcyjnej ważna jest satysfakcja obu stron interakcji, zainteresowanie i motywacja do działania. Obie strony powinny być tu równie twórcze, co z kolei umożliwia modelowanie zacho-

wań twórczych. Sommerfeld zwraca uwagę na potrzebę badań określających, w jakich warunkach dana strategia będzie strategią optymalną.

Torrance, badając potencjał twórczy dzieci i określając warunki najlepsze dla jego rozwoju, wychodził z założenia, że dzieci w sposób naturalny ten potencjał posiadają, zatem wystarczy stworzyć środowisko, które nie będzie hamowało jego ekspresji. Podał też szereg zasad, jakimi powinni kierować się nauczyciele szkół podstawowych (Torrance 1962, 1965, za: Nęcka, 2003): odnoszenie się z szacunkiem do niezwykłych pytań i niezwykłych pomysłów, okazywanie dzieciom, że ich pomysły są wartościowe, zapewnianie im od czasu do czasu możliwości działania bez oceny oraz wiązanie oceny z jej przyczynami i konsekwencjami. Możliwość działania bez oceny ułatwia kierowanie się motywacją wewnętrzną, nierozzerwalnie związaną z twórczością. Szczególnie w środowisku szkolnym, gdzie ocenianie odgrywa tak ogromną rolę, może to być wartościowe doświadczenie, zapobiegające w jakiejś części działaniom mającym na celu tylko i wyłącznie zdobycie dobrej oceny, prowadzącym raczej do gry w odgadnięcie, co nauczyciel chce usłyszeć niż do prawdziwej nauki.

Według obserwacji Torrance'a szacunek do niezwykłych pytań (przykładowo: czy dzieci mają mniej kości niż dorośli?) w postaci akceptującego rozbawienia, sympatii i nawet podziwu występuje rzadko, częściej reakcją jest zdziwienie, że w ogóle można o coś takiego pytać, irytacja lub lekceważenie. Nauczyciele często mają też poczucie, że muszą odpowiedzieć na każde pytanie ucznia, zaś sytuacja, w której muszą powiedzieć „nie wiem” bądź zostawić jakąś kwestię otwartą jest niedopuszczalna i podważająca ich autorytet. Stąd negatywna reakcja na pytanie ucznia, która skutecznie zniechęca dziecko do samodzielnego myślenia i stawiania pytań. Podobnie niezwykle pomysły ucznia, jeśli spotkają się z szybką, jednoznaczną krytyką, mają tendencję do pojawiania się coraz rzadziej. Zamiast natychmiastowego pokazywania, że pomysł jest głupi, niepasujący bądź niedojrzały, właściwszą reakcją nauczyciela będzie wskazanie jego mocnych i słabych stron, a jeśli pomysł jest dobry, to aprobata i nawet wykorzystanie go w praktyce, co jest najlepszym możliwym sposobem docenienia i okazania jego wartościowości. Torrance zaobserwował, że wielu nauczycieli ma trudność w przyznaniu, że pomysły dzieci mogą być naprawdę dobre i przydatne. Zasada wiązania oceny z konkretnymi jest ogólnie znana i odnosi się chyba do wszystkich obszarów, gdzie cokolwiek jest oceniane. Jest oczywiste, że konstruktywna krytyka wskazująca na mocne i słabe strony oraz dająca propozycje ulepszeń jest znacznie bardziej wartościowa niż ogólne stwierdzenie typu „podoba mi się” lub „nie podoba mi się”. Oprócz informacji dotyczących samego przedmiotu oceny, uczących myślenia przyczynowo-skutkowego, niesie również przekaz, że warto tworzyć, że osoba oceniająca nie wahała się poświęcić czasu i energii na przemyślenie problemu.

Również inni autorzy podkreślają wagę reakcji nauczyciela na twórcze pytania i komentarze uczniów. Beghetto (2007a), badając te reakcje, wyróżnił kilka powodów dla których nauczyciele mogą reagować pozytywnie bądź negatywnie. Oprócz wymienionych już wcześniej warto zwrócić uwagę, że niektórzy nauczyciele mogą pozytywnie reagować na twórczy komentarz po prostu po to, żeby zachęcić uczniów do jakiegokolwiek, nawet nietrafnego wkładu w zajęcia.

Beghetto (2009) zwraca uwagę również na to, że jakkolwiek drobna i mało znacząca byłaby reakcja nauczyciela na równie mało istotne pytanie lub komentarz twórczego ucznia, to jeśli się powtarza, ulegnie kumulacji, a jej znaczenie będzie takie samo jak w wypadku ważnych pytań i dyskusji. Tym ważniejszy staje się przez to codzienny stosunek nauczyciela do ucznia twórczego. Z jednej strony rozumiała jest niecierpliwość nauczyciela, który ma mało czasu na przekazanie uczniom wymaganego programem materiału, z drugiej jednak należy wykorzystywać wszystkie sytuacje, które pozwolą ów materiał przekazać w twórczej formie, z różnych perspektyw, chociażby przez otwartą rozmowę z uczniami na temat tego, co myślą oni o danym zagadnieniu i jak doszli do swoich wniosków, nawet błędnych – jest to na dłuższą metę dużo skuteczniejsze niż wymaganie pamięciowego opanowania jedynej słusznej odpowiedzi.

Mimo że twórczy uczniowie mogą być wrażliwsi na brak reakcji nauczyciela lub reakcję negatywną, to jeśli tylko poczucie bycia ignorowanym bądź niedocenianym nie jest zbyt duże, może wyzwolić motywację osiągnięć i udowodnienia swojej wartości, co z kolei może przyczynić się do rozwoju jednostki. Nie zawsze tak się dzieje, a zbytne skoncentrowanie na ocenie zewnętrznej raczej przeszkadza niż pomaga być kreatywnym. Jednak kombinacja motywacji do samorozwoju z koncentracją na konkretnych celach zewnętrznych w wielu wypadkach jest najbardziej adaptacyjna, co więcej, powiązana z przekonaniem o własnej skuteczności w zakresie bycia twórczym (Beghetto, 2006).

Ważnym zadaniem nauczyciela i jednocześnie sposobem na połączenie wymagań programu z rozwijaniem w uczniach twórczych zdolności jest pokazanie im, w jaki sposób ich nowe, oryginalne pomysły powinny być udoskonalane w celu dopasowania do wymagań obszaru, jakiego dotyczą (czyli, zgodnie z definicją twórczości, być zarówno nowe, jak i użyteczne) oraz aby były zrozumiałe dla szerszego grona odbiorców. Nawet jeśli punktem wyjścia jest pomysł błędny, to więcej korzyści przyniesie opracowanie go i samodzielne poprawienie niż otrzymanie od nauczyciela jednoznacznej odpowiedzi, jak być powinno. Jeśli nauczyciel nie daje uczniom szans na sprawdzenie siebie, za oczywistą cenę popełnienia czasem pomyłek, to uczniowie wyciągają stąd jednoznaczny wniosek, że błąd jest najgorszą rzeczą, jaka może im się przydarzyć, a jednocześnie, że jedyne rozwiązanie na pora-

dzenie sobie z zadaniem to ściśle trzymanie się tego, co jest im przekazywane *ex cathedra*. Nauczyciel powinien po pierwsze okazać uczniowi, że jego wkład w pracę jest pożądany i cenny, następnie zaś wskazać, w jaki sposób uczynić twórcze pomysły lepiej zrozumiałymi dla innych oraz wartościowszymi (Beghetto, 2007b). Jest w tym pewna analogia z jednej strony do otwartości prowadzącego zajęcia terapeutyczne, a z drugiej do konieczności przestrzegania norm w grupie ze świadomością, że normy te ustanowione są dla dobra uczestników.

Simplicio (2000) podkreśla, że jakkolwiek osobowość i wcześniejsze doświadczenia są ważne, to nauczyciele mogą, jeśli chcą nauczyć się kompetencji pozwalających zarówno na twórcze nauczanie, jak i wspomaganie zdolności twórczych dzieci. Nęcka (2003) opisuje podejście polegające na oddziaływaniu na uczniów pośrednio, poprzez organizację treningów twórczego myślenia dla nauczycieli (Nęcka, Gawle, Wandas, 1985, za: Nęcka, 2003). Podstawowe założenie mówi, iż twórczy nauczyciel lepiej wykształci twórczych uczniów, zaś nauczyciel, który sam jest nietwórczy, z większym prawdopodobieństwem będzie hamował rozwój twórczego myślenia. Twórczy nauczyciel jest tu rozumiany jako posiadający umiejętności niekonwencjonalnego spostrzegania rzeczywistości, tworzenia nowych pomysłów i skutecznego eliminowania przeszkód w myśleniu twórczym. Nie chodzi o twórczość w wąskim rozumieniu (np. malowanie, pisanie itp.) ani o twórcze prowadzenie lekcji czy niekonwencjonalne metody dydaktyczne, same w sobie mające wartość w rozwijaniu umiejętności uczniów. W badaniach prowadzonych przez Davidovitcha (2006) okazało się, że twórcze myślenie nauczyciela koreluje z jego umiejętnościami rozwiązywania problemów pojawiających się w klasie.

Różni autorzy przywołują rozmaite cechy twórczego nauczyciela. Simplicio (2000) zwraca uwagę, że nauczyciel twórczy jest ciekawy, stale podnosi swoje zawodowe kwalifikacje, wciąż podnosi swoje rozumienie potrzeb i preferencji uczniów i szuka nowych sposobów przekazywania wiedzy. Fatt (2000) podkreśla, że skuteczne nauczanie wymaga otwartej relacji między nauczycielem i uczniem, w której nauczyciel rozpoznaje potrzeby i zdolności każdego ucznia z osobna i zapewnia każdemu uczniowi możliwość posiadania własnego wkładu w pracę klasy. Według Ritchharta (2004) w prawdziwie twórczej klasie uczniowie robią coś więcej niż tylko uczą się materiału, mianowicie nauczyciel stwarza im możliwości wyrażenia siebie przez dyskusje, zadania o możliwie otwartej formie itp. Halpin (1990, za: Jaskyte, 2009) uważa, że nauczyciele kreatywni to tacy, którzy podkreślają interpersonalne relacje z uczniami, są entuzjastyczni, empatyczni i akceptujący w relacjach z uczniami, elastyczni, zaangażowani w pracę, ceniący otwartą komunikację. Baloch (1992, za: Jaskyte, 2009) twierdzi, że do efektywnego nauczania konieczny jest klimat, w którym uczniowie czują się

bezpieczni, eksplorując swoją kreatywność przez własne doświadczenie, ale też otrzymując bezpośrednie wskazówki nauczyciela. Jest to spójne z zaleceniami Torrance'a na temat oceniania twórczych pomysłów. W badaniach McGreevy'ego (1990, za: Jaskyte, 2009) uczniowie określali twórczego nauczyciela jako mającego poczucie humoru, otwartość umysłu i chęć podzielenia się z nimi „czymś osobistym”, troszczącego się o nich i pozwalającego na spontaniczność. Twórczość częściej przejawiali uczniowie, których nauczyciele podkreślali autonomię i byli gotowi nawiązywać z uczniami stosunkowo nieformalne relacje niż uczniowie, których nauczyciele kładli nacisk na dyscyplinę i kontrolę oraz byli zdystansowani (Deci, Nezlek, Sheinman, 1981, za: Westby, Dawson, 1995).

Podobnie jak nauczyciel uznany za twórczego wykazywał się pasją, otwartością i zaangażowaniem emocjonalnym, tak i dla ucznia afektywna część twórczego doświadczenia jest równie ważna jak poznawcza. Wyraża się to w pozytywnych emocjach, zaciekawieniu, zaangażowaniu (Fasko, 2001).

Feldhusen i Treffinger (1980, za: Fasko, 2001) podkreślają wagę włączania uczniów w podejmowanie decyzji, co prowadzi do większego zaangażowania z ich strony oraz poczucia kontroli i odpowiedzialności. Ponadto nauczyciel powinien zadbać, by wszyscy jego uczniowie mieli możliwość zaangażowania się w zajęcia w bezpiecznej i sprzyjającej twórczości atmosferze.

Fatt (2000) podaje wskazówki, jak włączyć kreatywność w zajęcia szkolne, ale wskazówki te są na tyle szerokie, że mogą mieć zastosowanie również do zajęć pozaszkolnych. Szkoła powinna tworzyć pozytywny klimat dla twórczej edukacji na każdym poziomie, poczynając od dykcji zachęcającej nauczycieli do kreatywnego i elastycznego nauczania, ulepszającej komunikację między nauczycielami i wprowadzającej nowe idee. Jeśli chodzi o poszczególne zajęcia, Fatt kładzie nacisk na atmosferę w klasie, dającą uczniom poczucie bezpieczeństwa w eksploracji i tworzeniu, tak by czuli się pewnie i mieli przekonanie o własnej skuteczności w obszarze twórczego myślenia stosowanego w rozmaitych obszarach nauki. Bardzo ważne jest tu zaangażowanie uczniów, którzy cieszą się, robiąc coś, co ich szczerze interesuje. Zamiast tradycyjnej lekcji nad książkami Fatt proponuje przykładowo zaproszenie eksperta lub wyjście całą klasą w miejsca związane z tematem. W pewnym stopniu zależy to oczywiście od obiektywnych możliwości szkoły i nauczyciela, ale w sporej części wymaga tylko pomysłu i inicjatywy nauczyciela bądź uczniów. Oprócz wprowadzenia różnorodności, daje to nieporównywalnie lepszych rezultatów niż abstrakcyjne doświadczenia nad tekstem z podręcznika. Zasada wiązania kreatywności z praktyką i życiem codziennym jest przez autora bardzo podkreślana.

Podobnie ważne jest pozwolenie uczniom na swobodne propozycje i pomysły zamiast podawania im sztywnych instrukcji, za którymi powinni

podążać oraz zachęta do kwestionowania istniejących poglądów, a także rzetelna, realistyczna ocena ich pomysłów w miejsce udowadniania, że i tak nic nowego nie wymyślą. W ogóle środowisko nauki powinno być przede wszystkim stymulujące do twórczego myślenia, co dotyczy zarówno zajęć w klasie, jak i poza nią. Fatt zwraca również uwagę na rolę rywalizacji, takiej która wymaga myślenia, zawiera element zabawy, prowokuje do kreatywności i dzielenia się pomysłami, będącej bardziej grą niż kojarzonym z ocenami stresem. Zawody mogą być też wprost formą zajęć, choćby jako zadanie wymyślenia czegoś unikalnego a jednocześnie użytecznego, zgodnie z popularną definicją twórczości. Jest to niewątpliwie okazja dla uczniów do pokazania własnej kreatywności, zwłaszcza jeśli sami wybiorą temat. Współdziałanie między uczniami i wzajemna pomoc również sprzyjają spojrzeniu na dane zagadnienie z wielu punktów widzenia i głębszemu zrozumieniu. Fatt przypomina ponadto o ćwiczeniu takich umiejętności, jak: myślenie krytyczne oraz myślenie globalne, wielofunkcyjne, samodzielność myślenia, myślenie dywergencyjne, powiązanie z rzeczywistością i praktyką, humor oraz o poznawaniu obcych kultur jako podstawy do życia w coraz bardziej wielokulturowym społeczeństwie.

Praca na realnych, nie zaś abstrakcyjnych problemach ułatwia transfer umiejętności twórczych na inne obszary życia. Bardzo dobrym modelem pracy jest odkrywanie przez uczniów najpierw problemów, potem rozwiązań, analogicznie do odkryć naukowych czy wynalazków. Nauczyciel dostarcza przy tym potencjalnych źródeł wiedzy i ogólnych zasad eksperymentowania, pozwalając uczniom na sprawdzanie i korygowanie własnych idei (Fasko, 2001).

Ritchhart (2004) wskazuje na korzyści płynące z twórczego podejścia do nauczania: po pierwsze poprzez rozmaite projekty i ćwiczenia dające uczniom spory stopień samodzielności zwiększa się ich zaangażowanie w pracę, co jest związane z pozytywnymi emocjami i motywacją wewnętrzną; po drugie poprzez współdziałanie między uczniami wzmocnieniu ulegają więzi w klasie, po trzecie uczniowie mogący wiele rzeczy odkryć lub wymyślić samodzielnie zyskują adekwatne poczucie własnej skuteczności i wreszcie po czwarte zrozumienie tematu jest głębsze, a różne tematy łatwiej się ze sobą wiążą, dając globalne spojrzenie na omawiane zagadnienia.

## Zakończenie

Bull, Montgomery i Baloch (1995), analizując obszary ważne dla uczenia kreatywności, określiły, że najistotniejsza jest atmosfera sprzyjająca bezpiecznej i swobodnej eksploracji twórczych pomysłów, ciekawości, otwarto-

ści na twórcze oświadczenia i wrażliwości na otaczające środowisko. Nie dotyczy to jedynie klasy szkolnej, ale wielu, jeśli nie wszystkich obszarów życia. Również w socjoterapii warto pamiętać o możliwościach, jakie daje dostrzeżenie i wykorzystanie potencjału twórczego dzieci. Zajęcia twórcze to zajęcia atrakcyjne, na których dziecko chętnie się pojawia i w których uczestniczy z zaangażowaniem i korzyścią dla siebie. Wiele form pracy wykorzystywanych podczas socjoterapii niejako z definicji zawiera element twórczości, jak choćby psychodrama, rozmaite formy arteterapii, dyskusje między uczestnikami i wiele innych. Postawa twórcza jest jednak czymś szerszym, co może być obecne w różnym stopniu we wszystkich podejmowanych działaniach, elastycznie dopasowanych do potrzeb konkretnych dzieci.

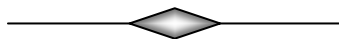
## LITERATURA

- BEGHETTO, R.A. (2006). *Creative self-efficacy: Correlates in middle and secondary students*. „Creativity Research Journal”, 18, pp. 447–457.
- BEGHETTO, R.A. (2007a). *Does creativity have a place in classroom discussions? Prospective teachers' response preferences*. „Thinking Skills and Creativity”, 2, pp. 1–7.
- BEGHETTO, R.A. (2007b). *Ideational code-switching: Walking the talk about supporting student creativity in the classroom*. „Roepers Review”, 29, pp. 265–270.
- BEGHETTO, R.A. (2009). *In search of the unexpected: Finding creativity in the micromoments of the classroom*. „Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts”, 3, pp. 2–5.
- BULL, K.S., MONTGOMERY, D., BALOCHE, L. (1995). *Teaching creativity at the college level: A synthesis of important curricular components*. „Creativity Research Journal”, 8, pp. 83–89.
- CHAN, D.W., CHAN, L. (1999). *Implicit theories of creativity: Teachers' perception of student characteristics in Hong Kong*. „Creativity Research Journal”, 12, pp. 185–195.
- DAVIDOVITCH, N., MILGRAM, R. (2006). *Creative thinking as a predictor of teacher effectiveness in higher education*. „Creativity Research Journal”, 18, pp. 385–390.
- DAWSON, V.L., D'ANDREA, T., AFFINITO, R., WESTBY, E.L. (1999). *Predicting creative behavior: A reexamination of the divergence between traditional and teacher-defined concepts of creativity*. „Creativity Research Journal”, 12, pp. 57–66.
- DZIEDZIEWICZ, D. (2009). *Twórczość dziecka – problemy identyfikacji*. W: M. Karwowski (red.). *Identyfikacja potencjału twórczego*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, s. 37–54.
- EASON, R., GIANNANGELO, D.M., FRANCESCHINI, L.A.III (2009). *A look at creativity in public and private schools*. „Thinking Skills and Creativity”, 4, pp. 130–137.
- FASKO, D. JR. (2001). *Education and creativity*. „Creativity Research Journal”, 13, pp. 317–327.
- FATT, J.P.T. (2000). *Fostering creativity in education*. „Education”, 120, pp. 744–757.
- GAJDA, A. (2009). *Bingo albo kulą w płot. Analiza eksploracyjna nauczycielskich nominacji w zakresie kreatywności*. W: M. Karwowski (red.). *Identyfikacja potencjału twórczego*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, s. 255–268.
- GOW, G. (2000). *Understanding and teaching creativity*. „Tech Directions”, 59, pp. 32–34.
- JASKYTE, K., TAYLOR, H., SMARIGA, R. (2009). *Student and faculty perceptions of innovative teaching*. „Creativity Research Journal”, 21, pp. 111–116.

- KARWOWSKI, M., CIAK, R., GRUBEK, M. (2009). *Patrzy, ale czy widzi? Trafność nominacji nauczycielskich w rozpoznaniu kreatywności uczniów*. W: M. Karwowski (red.). *Identyfikacja potencjału twórczego*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, s. 241-254.
- NĘCKA, E. (2003). *Psychologia twórczości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- RITCHHART, R. (2004). *Creative teaching in the shadows of the standers*. „Independent School”, 63, pp. 32-40.
- RUNCO, M.A., JOHNSON, D.J., BEAR, P.K. (1993). *Parents' and teachers' implicit theories of children's creativity*. „Child Study Journal”, 23, pp. 91-113.
- RYAN, R.M., DECI, E.L., GROLNICK, W.S., & LA GUARDIA, J.G. (2006). *The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology*. W: D. Cicchetti & D. J. Cohen (red.). *Developmental psychopathology: Theory and method*. Wyd. 2. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., pp. 795-849.
- SCOTT, C.L. (1999). *Teachers' biases toward creative children*. „Creativity Research Journal”, 12, pp. 321-328.
- SIMPLICIO, J.S.C. (2000). *Teaching classroom educators how to be more effective and creative teachers*. „Education”, 120, pp. 675-680.
- SOŁOWIEJ, J. (1997). *Psychologia twórczości*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- STERNBERG, R.J. (2003). *Creative thinking in the classroom*. „Scandinavian Journal of Educational Research”, 47, pp. 325-338.
- SĘK, H. (1991). *Procesy twórczego zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi a zdrowie psychiczne*. W: H. Sęk (red.). *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne*. Poznań: UAM, s. 30-41.
- SOMMERFELD, A. (1991). *Aktywność twórcza w interakcji wychowawczej jako jeden z mechanizmów zdrowia*. W: H. Sęk (red.). *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne*. Poznań: UAM, s. 42-49.
- STASIAKIEWICZ, M. (1991). *Zachowania obronne a zdrowie i twórczość*. W: H. Sęk (red.). *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne*. Poznań: UAM, s. 19-29.
- ŚCIGAŁA, I. (1991). *Twórczość i zdrowie psychiczne we współczesnej myśli kreatywistycznej*. W: H. Sęk (red.). *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne*. Poznań: UAM, s. 5-18.
- WESTBY, E.L., DAWSON, V.L. (1995). *Creativity: Asset or burden in the classroom?* „Creativity Research Journal”, 8, pp. 1-10.

# Sociotherapy as a form of psychological and pedagogical assistance

## Theory and practice



### Summary

The papers in this book are part of a multidisciplinary discourse on the contemporary psychological and pedagogical assistance. They include both purely theoretical analyses and empirical considerations related to the practice of assistance work. The volume is centred around the phenomenon of sociotherapy: definitions of the concept, its functions, importance, methods and techniques. The book is divided into a theoretical and a practical part.

The paper by Agnieszka Cybal-Michalska 'Society of global change and the condition of modern man - a contribution to the discussion on the idea of *homo explorens*' opens up the theoretical reflection in the book. The author characterises the globalisation trends of the world, which deprived modern society of the stability characteristic for the modern era of the industrial society. The formation of 'homo explorens' might be a response to global change. It can be assumed that the development of these personal characteristics will be a challenge for those responsible for the assistance work, whereas the 'sociotherapeutic' work should be aimed at restoring the broken communication between the individual and the community.

In the paper 'Sociotherapy as a form of psychological and pedagogical assistance' Barbara Jankowiak and Emilia Soroko analyse the concept of sociotherapy and distinguish it from other assistance activities. The authors also endeavour to define sociotherapy.

Issues related to health pedagogy are reflected in the article by Ewa Kasperek-Golimowska entitled 'Sociotherapy and health'. In this paper, both the pathogenetic and the salutogenetic model of health are referred to and aspects of these paradigms that are most relevant to the objectives of sociotherapy, the choice of methods (techniques) of activities, style and the possible effects of therapeutic work are identified.

The paper 'Assistance factors in the sociotherapy of children and adolescents - a theoretical reflection' by Barbara Jankowiak and Emilia Soroko includes a discussion on the therapeutic factors specific to sociotherapy. The authors argue that in case of sociotherapy there are assistance factors that are different from healing factors in group psychotherapy: while in the latter the aim is to obtain insight and personality change, the sociotherapy puts greater emphasis on psychoeducation and supporting the development.

Katarzyna Waszyńska is the author of the article 'Sociotherapist: an individual and professional. Competence and qualifications of the sociotherapist'. The chapter addresses the issue of a sociotherapist, thus the person who is largely responsible for initiating social processes in the group.

The author of the paper 'Sociotherapy in the psychodynamic approach', Katarzyna Poniatowska-Leszczyńska, points out to the theories from which psychodynamically understood sociotherapy grows out, to methods and techniques it uses and those aspects of psychodynamic thinking that are of particular importance for practice.

Maciej Wilk addresses the issue of the meaning, purpose, functions and specific aspects of the diagnosis in the process of sociotherapy in the article 'Psychodynamic diagnosis in sociotherapy'. The author describes both the importance of qualification diagnosis, namely the initial diagnosis determining the usefulness of sociotherapeutic process for an individual, as well as the diagnosis made constantly in the course of the sociotherapeutic process.

In the paper 'Positive psychology in sociotherapy: developing the strength of character' Łukasz Kaczmarek indicates two main uses of the idea of positive psychology in the area of sociotherapy: enrichment (development towards greater happiness) and correction (coping with difficulties experienced by members of a group). The author analyses the theory of the strength of the character developed within the positive psychology and identifies useful tools for sociotherapeutic work resulting from this theory.

The issue of positive features that facilitate the personal and social functioning of an individual is continued by Izabela Stankowska, Magdalena Roszak and Anita Machaj in the paper 'Shaping the optimism of adolescents subject to sociotherapy'. Theories explaining the concept of optimism and the mechanisms of its development form the reference point for these considerations.

The second part of the book is devoted to the examination of the practical application of sociotherapy while working with specific groups of clients and the possibilities of using particular methods and techniques in the sociotherapeutic process.

The first paper in this part is Marzena Buchnat's article on the 'The use of sociotherapy for working with children with intellectual disabilities', addressing the issues relevant to special education. The author recognizes the importance of sociotherapy in improving the social skills of people with intellectual disabilities who, due to their developmental constraints, have problems with full socialisation.

Resocialization issues are raised by Ewelina Silecka in the paper 'Selected contexts of sociotherapy of socially maladjusted individuals'. The author sees the role of sociotherapy in working on the change of behaviour, which can be used with socially maladjusted individuals both in the open environment and nursing homes, providing that therapists are acquainted with the principles of leading group activities as well as methods and techniques of sociotherapy.

In the article 'Group autobiographical interaction – the sociotherapeutic importance' Karolina Kuryś presented the author's method of working with a group based on an autobiographical play Duccio Demetrio and indicated the possibility of using it with a sociotherapeutic group.

The aim of Anna Gulczyńska's paper, entitled 'The possibilities of using elements of coaching in sociotherapeutic work' is to present the applicability of the procedures used in coaching in sociotherapy.

Ewelina Flatow is the author of the article 'Relaxation techniques in sociotherapy – the perspective of the participant and the therapist'. This paper presents a variety of relaxation techniques and their possible uses for work with a sociotherapeutic group.

Zbigniew Bielan and Izabela Stankowska address the issue of 'Animal therapy in sociotherapy'. They describe animal therapy as a method of supporting therapy and education with the participation of an animal and show its various forms. The authors emphasise that animals encourage contact and emotional involvement, making it easier to achieve therapeutic goals in sociotherapy and other forms of psychological and pedagogical assistance.

The article 'Application of art therapy in sociotherapy of children and youth' by Maja Stańko-Kaczmarek is a presentation of methods and techniques drawn from art therapy.

Katarzyna Forecka-Waśko writes about the use of music therapy in sociotherapy in the paper 'Music, movement, space in eurhythmics and eurhythmics therapy'.

Aleksandra Załustowicz raises the question of the 'Visualization in sociotherapy'. In her paper she characterises the visualization technique and demonstrates its practical application in sociotherapy, emphasizing that imaginative technique correlates well with the issues of sociotherapy.

The frame of reference for the discussion on the therapeutic work with a group of children and adolescents in Jolanta Enko's paper entitled 'Creativity in sociotherapy' is the discourse regarding the question of creative abilities of an individual as a response to contemporary challenges.

*Translated by Agnieszka Tokarczuk-Różańska*