

Perspektywa psychopatologii rozwojowej w pracy socjoterapeutycznej

Współcześnie w Polsce socjoterapia jest najczęściej identyfikowana jako grupowa forma pomocy skierowana do dzieci i adolescentów, którzy należą do grup ryzyka rozwoju zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania lub już przejawiają problemy w psychospołecznym funkcjonowaniu (Jankowiak i Soroko, 2020; Szczepanik i Jaros, 2016), a więc gdy ich sposoby adaptacji nie są optymalne. Rozważania dotyczące socjoterapii są bardzo często w literaturze przedmiotu podejmowane w kontekście możliwości terapeutycznych tkwiących w tym sposobie pomagania (np. Strzemieczny, 1988, Sawicka, 2008, Wilk, 2014). Powstaje bowiem pytanie czy osoby stosujące dezadaptacyjne wzorce funkcjonowania, które lokują je blisko obszaru psychopatologii mogą skorzystać z tej formy pomocy. Odpowiedzi na to pytanie proponujemy poszukać w ramach dwóch ważnych współcześnie naukowych koncepcji: psychopatologii rozwojowej oraz hierarchicznej taksonomii psychopatologii.

Podstawowe założenia psychopatologii rozwojowej

Psychopatologia rozwojowa jest ujęciem transteoretycznym, stanowiącym ramę dla zrozumienia złożoności ludzkiego rozwoju i ujawniania się różnych problemów w populacji dzieci, młodzieży i dorosłych, ze szczególnym uwzględnieniem grup zwiększonego ryzyka (Cierpiąłkowska, Grzegorzewska, 2016). Ta dynamicznie rozwijająca się dziedzina naukowa, koncentruje się głównie na wyjaśnianiu wzajemnych zależności między biologicznymi, psychologicznymi i społeczno-kontekstualnymi aspektami normalnego i zaburzonego rozwoju w toku życia (Cicchetti, 2006, s. 1). Posługuje się między innymi pojęciami ryzyka, zaburzenia i adaptacji.

W podejściu tym uznaje się konieczność łączenia wiedzy o ciągłości i nieciągłości rozwoju i uwzględniania funkcjonowania dzieci i młodzieży na wielu poziomach (od genów do kultury, włączając poziomy pośrednie: jednostkowy, rodzinny, szkolny, sąsiedzki) poprzez poszukiwanie wzajemnych odniesień pomiędzy normalnym rozwojem i patologicznym funkcjonowaniem. Kompetencje i zasoby jednostki w interakcji z innymi czynnikami w pewnym

okresie rozwojowym wpływają na adaptację i funkcjonowanie w okresach późniejszych i przyczyniają się do powstania i utrzymywania się zaburzeń psychicznych i zachowania (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2016, s.18) lub też do utrzymania zdrowia. Zgodnie z zasadą ekwipotencjalności osoby o początkowo podobnych warunkach rozwoju mogą uzyskać odmienne wyniki rozwojowe. Natomiast zasada ekwifinalności mówi, że początkowo różne warunki rozwojowe mogą prowadzić do tych samych rezultatów. Jednocześnie zakłada się zgodnie z teorią systemów, że jednostka która sama jest systemem jednocześnie stanowi element szerszego systemu społecznego i ekosystemu a interakcje między systemami dokonują się na wielu poziomach, mając charakter dwukierunkowy i dynamiczny (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2016).

Niezwykle ważne w ramach psychopatologii rozwojowej jest eksplorowanie czynników ryzyka i czynników ochronnych oraz ich wzajemnej interakcji, tak aby rozumieć lepiej zarówno kompetencje czy odporność jednostek jak i podatność na zaburzenia. Wskazuje się zarówno na nasilone ryzyko w przypadku na przykład choroby psychicznej rodzica, nasilonych konfliktów w rodzinie, przemocy, jak i na zasoby osobiste i środowiskowe wspierające procesy pozytywnej adaptacji (*resilience*) jednostki. Tak więc rozpatrywanie zarówno pozytywnych jak i negatywnych wpływów jest istotne dla rozpoznania ścieżek rozwojowych (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2016, s.22).

Ponadto psychopatologia rozwojowa uwzględnia modele transakcyjne oparte na pętlach sprzężeń zwrotnych, w których linearne modele przyczyn i skutków zastępowane są dynamicznymi, probabilistycznymi nieliniowymi, kompleksowymi modelami koncepcyjnymi (Hinshaw, 2013). Na przykład w przypadku rodzin z problemem alkoholowym deterministyczne założenia na temat tego, że wychowanie w rodzinie z problemem alkoholowym będzie nierozzerwalnie związane z problemami psychicznymi i adaptacyjnymi dzieci alkoholików, w wyniku prowadzonych badań dokumentujących, że dzieci wychowywane w tych rodzinach są bardzo zróżnicowaną grupą i nie wszystkie doświadczają zaburzeń, zamieniono na podejście indeterministyczne. Uwzględnia ono nie tylko wpływ wielu czynników na rozwój oraz aktywności własnej jednostek, ale także znaczenie czynników pośredniczących i moderujących proces i przebieg rozwoju (np. wsparcie niepijącego rodzica), które mogą stanowić o pozytywnych efektach rozwojowych (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2016).

Natomiast obecność ekwifinalności i ekwipotencjalności w myśleniu o rozwoju sprawia, że naukowe badania, ale też diagnozowanie i interweniowanie muszą uwzględniać całą złożoność procesów rozwojowych. Jak wskazują Cicchetti i Toth (2018) staje się możliwe identyfikowanie jednostek, którym udziela się pomocy bazując nie tyle na ich diagnozie co na ich indywidualnej organizacji rozwojowej, rozumianej jako konfiguracja różnych rozwojowych

potencjałów i deficytów. Wtedy - przy wybieraniu interwencji i w konsekwencji też i efektywności interwencji - znaczenia nabierają także osobiste możliwości jednostki jak na przykład poziom zdolności do introspekcji przeciwstawiony tendencji do poszukiwania odpowiedzialności za rezultaty własnych działań w zewnętrznych wobec jednostki czynnikach.

Hierarchiczna taksonomia psychopatologii a interwencje psychologiczne dla dzieci i młodzieży

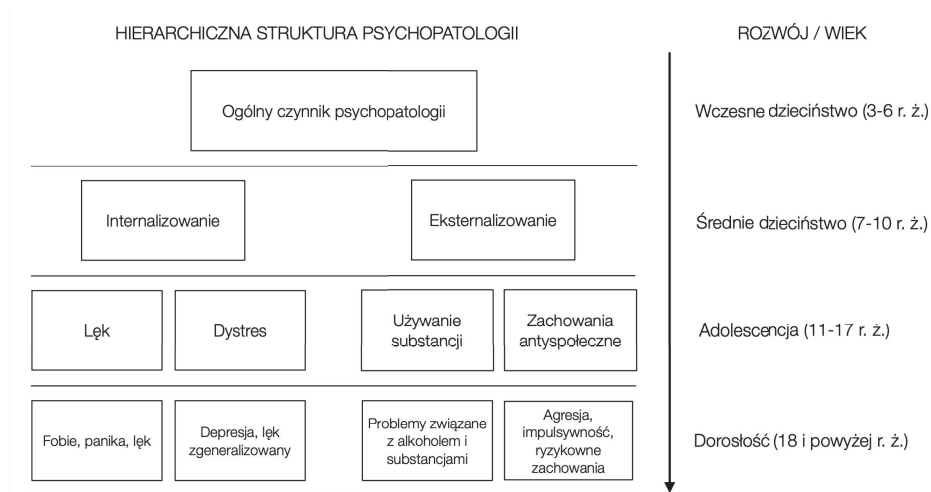
W psychopatologii jako dziedzinie, w ostatnich latach mocno podkreśla się więc, że modele zaburzeń psychicznych wyrażone dymensjonalnie bardziej odpowiadają naturze psychopatologii niż kategorialne (por. więcej np. Soroko, 2020). Podejścia kategorialne mają wiele ograniczeń (np. sztuczne współwystępowanie zaburzeń, heterogeniczność obrazu klinicznego zaburzeń czy arbitralne progi uznawania wystąpienia zaburzenia).

Zwolennicy podejść dymensjonalnych w odniesieniu do zaburzeń psychicznych tworzą i studiują klasyfikacje, ściślej taksonomie empiryczne dotyczące psychopatologii w ogóle. Przykładem takiego podejścia jest hierarchiczna taksonomia psychopatologii (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology, HiTOP, np. Kotov et al., 2017; Hopwood et al., 2019). Ten model psychopatologii jest hierarchiczny w tym sensie, że przedstawia „piętra” o różnym poziomie szczegółowości, od ogólnego czynnika psychopatologii do poszczególnych syndromów i symptomów. Omówimy jego strukturę w skrócony sposób, rozpoczynając od góry hierarchii. Przede wszystkim dowiedziono empirycznie, że istnieje jeden ogólny (niespecyficzny) czynnik psychopatologii, który obejmuje dzielone przez wszystkie zaburzenia właściwości. Znaczy to że zaburzenia psychiczne łączy na ogólnym poziomie podobieństwo charakteru psychopatologii i prawdopodobnie wspólna podstawa etiologiczna - a nie specyficzna lub zróżnicowana jak ujmowane było w tradycyjnym rozumieniu. Na następnym poziomie (tzw. spektra transdiagnostyczne) mieści się internalizowanie i eksternalizowanie (oraz również zaburzenia myślenia, somatoformiczne i izolacja – ale nie będą one u tu przedmiotem analizy). Na internalizowanie na niższym dopiero poziomie składają się lęk i dystres natomiast na eksternalizowanie używanie substancji oraz zachowania antyspołeczne (tzw. sub-spektra). Dopiero te cztery sub-spektra różnicują się na syndromy. Lęk różnicuje się na lęk fobiczny i panikę, dystres na lęk zgeneralizowany oraz depresyjność, użycie substancji na problemy z alkoholem i innymi substancjami, a zachowania antyspołeczne na agresję, impulsywność oraz podejmowanie ryzyka.

Forbes, Rapee i Krueger (2019) skorzystali z modelu HiTOP oraz z założeń psychopatologii rozwojowej, aby wyznaczyć możliwości prewencji zaburzeń u dzieci i młodzieży. Choć koncentrują się głównie na wczesnym dzieciństwie (mówiąc, że wtedy najbardziej obiecująca jest prewencja skupiona na

czynnikach ryzyka prowadzących do ogólnego czynnika psychopatologii, jak nadużycia, maltretowanie, wiktymizacja, surowe rodzicielstwo, przemoc domowa, dysfunkcje rodzicielskie i chroniczny stres życiowy, a także zakłóceń w funkcjach wykonawczych), to proponują również, jakie właściwości powinna mieć prewencja u starszych dzieci i młodzieży. Te informacje mogą być szczególnie przydatne dla socjoterapeutów.

Rys. 1. Model hierarchiczny psychopatologii jako wyznaczający sposoby oddziaływań w różnych grupach wiekowych (opracowano na podstawie Forbes, Rapee i Krueger, 2019)



W omawianym modelu rekomenduje się, aby w okresie wczesnego dzieciństwa diagnozować i interweniować w czynniki ryzyka psychopatologii nie przez koncentrację na poszczególnych formach psychopatologii, ale z niespecyficznego punktu widzenia. Profesjonalne oddziaływania wtedy mogą być zarówno uniwersalne (programy wspierające zdrowie kierowane do całej grupy dzieci) jak i do poszczególnych dzieci z grup ryzyka. Czynniki ryzyka w tym okresie są dość mało podatne na modyfikację. Wśród nich najważniejsze to reaktywność emocjonalna, funkcje wykonawcze oraz surowe rodzicielstwo. Interwencje uniwersalne warto kierować na wspieranie autorytatywnego rodzicielstwa (łączyć wsparcie i miłość ze stawianiem granic i formowaniem oczekiwań wobec dziecka), wzmacnianie zdrowych nawyków związanych z chodzeniem spać, maksymalizowanie pozytywnych interakcji między rodzicami a dziećmi oraz budowanie kompetencji społecznych w relacjach również

śniczych, szczególnie regulacji emocji oraz zachowań prospołecznych. Wchodzą w to również oddziaływania socjalne, jak obniżanie ryzyka biedy i nadużyć, a także umożliwianie dostępu do edukacji. Interwencje skierowane do grup ryzyka powinny być łączone z uniwersalnymi. Na przykład obserwowane w tym wieku napady złości można rozumieć jako efekty słabej regulacji emocji i do dzieci je przejawiających (oraz ich rodziców) kierować pomoc wokół tolerancji frustracji i radzenia sobie z nią. Najprawdopodobniej oddziaływania będą wpływały pozytywnie, korekcyjnie na inne obszary funkcjonowania tych dzieci i ich rodziców. Podobnie identyfikacja rodziców nadmiernie surowych wobec dzieci i pomoc im w rozwijaniu strategii opartych na pozytywnych wymianach z dziećmi będzie przynosić znacznie szersze korzyści niż tylko w tym zidentyfikowanym w wieku przedszkolnym problemowym obszarze funkcjonowania dziecka.

W okresie średniego dzieciństwa najważniejszymi czynnikami ryzyka są prawdopodobnie izolacja społeczna, problemy ze snem, nieprzystosowawcze style myślenia oraz nieadaptacyjna regulacja emocji i deficyty w samoregulacji. Z tego powodu warto skupiać się na uczeniu umiejętności zaradczych ukierunkowanych na trudne doświadczenia życiowe oraz wiktyimizację, na zniekształcenia poznawcze i nieadaptacyjne przekonania, a także budować wsparcie społeczne, wspierać rozwój i utrzymywanie więzi społecznych. Jeśli obserwuje się już nieco bardziej utrwalone zachowania internalizacyjne lub eksternalizacyjne, warto również stosować programy (oparte o dowody empiryczne) przeznaczone szczególnie dla tych grup.

Osoby, które wchodzą w wiek dorastania i przejawiają już bardziej trwałe symptomy lub zaczynają przejawiać symptomy psychopatologiczne skorzystają szczególnie z interwencji ukierunkowanej na doświadczane trudności, czyli na lęk, dystres, nadużywanie substancji czy zachowania antyspołeczne. Na część z tych trudności zadziałają takie interwencje jak na przykład uczenie rozwiązywania problemów, ukierunkowane na panowanie nad dystresem czy praca nad oczekiwaniami na temat używania substancji, po to, aby zmniejszyć prawdopodobieństwo nadużywania. Jeśli jednak pojawią się trudności, które wskazują na psychopatologię chroniczną lub i ostrą (poważną), wskazana jest psychoterapia ukierunkowana na konkretne grupy symptomów czy syndromy (Forbes, Rapee i Krueger, 2019).

Omawiane podejście skoncentrowane jest więc najpierw na ogólnych czynnikach ryzyka (gdzie okres sensytywny jest w wieku 3-5), ale potem kaskadowo na możliwości zmiany ryzyka psychopatologii na następnych etapach. Praca z adolescentami jest już bardziej specyficzna, choć jak widać nie koncentruje się na poszczególnych syndromach, a na sub-spektrach, czyli odnosi się do ogólniejszych procesów wokół przejawów internalizacji i eksternalizacji. Na przykład wczesna interwencja w dzieciństwie promująca regulację

emocji i zmniejszająca impulsywność powinna prowadzić do wzmocnienia umiejętności społecznych i pozytywnych relacji z rówieśnikami w średnim dzieciństwie, co z kolei zwiększa zaangażowanie w naukę szkolną i zwiększa szanse na pozytywne wyniki w nauce w szkole średniej, a ostatecznie zmniejsza ryzyko psychopatologii w wieku dorosłym. Jest to więc sposób na maksymalizowanie skuteczności interwencji (Forbes, Rapee i Krueger, 2019).

Zgodnie z założeniami psychopatologii rozwojowej interwencje powinny uwzględniać okres rozwojowy, w którym pojawił się czynnik wywołujący patologię, nawet jeśli zgłoszenie do pomocy psychologicznej nastąpiło później. Na przykład przy depresji dziecka, warto zidentyfikować okres rozwojowy, w którym wystąpił stresor inicjujący zaburzenia afektywne. Jeśli dziecko straciło rodzica gdy miało około roku, w okresie znaczącego rozwoju autonomii i indywiduacji (por. Mahler, w Cierpiałkowska, 2005), to strata rodzica ma konsekwencje bardziej znaczące, niż gdyby utrata rodzica nastąpiła w późniejszym dzieciństwie (Cicchetti, Toth, 2018).

Zdaniem Forbes, Rapee i Krueger (2019) warto przy proponowaniu oddziaływań pomocowych odróżnić te czynniki ryzyka, które są modyfikowalne od tych, które są tylko częściowo modyfikowalne. Takie czynniki ryzyka jak surowe rodzicielstwo, izolacja społeczna, problemy ze snem, nieadaptacyjne sposoby myślenia i problemy z samoregulacją można modyfikować stosunkowo bezpośrednio w toku grupowych i indywidualnych oddziaływań – także socjoterapii i pracy psychoedukacyjnej z rodzicami uczestników grup socjoterapeutycznych. Natomiast na takie czynniki jak nadużycia, maltretowanie, wiktymizacja, problemu socjoekonomiczne i właściwości osobowości rodziców trudniej oddziaływać inaczej niż przez interwencję socjalną czy oddzielenie od sprawcy. Autorzy są zdania, że nie warto zaniedbywać również pracy nad osobistą reakcją dziecka na te czynniki np. pomaganie ofiarom nadużycia w tym, aby mniej się obwiniały i mniej czuły się bezradne. Ważne jest także kształtowanie kompetencji osobistych takich jak na przykład umiejętności modyfikowania impulsywnej behawioralnej odpowiedzi na doświadczane emocje. Te indywidualne zasoby będą bowiem miały duży wpływ na funkcjonowanie także w innych sytuacjach i w dalszej perspektywie czasowej.

Zgodnie z przywoływanymi założeniami nie jest konieczne tak wyraźne oddzielanie prewencji do leczenia. Interwencje raczej wyznaczane są nasileniem zaburzenia (zdrowie - zaburzenie) oraz ukierunkowaniem (populacja ogólna - osoba). Na jednym krańcu dymensji są interwencje uniwersalne (kierowane do populacji ogólnej, gdy jeszcze zaburzenie się nie pojawiło) a na drugim interwencje o charakterze długoterminowego oddziaływania, skierowane do konkretnej osoby z chronicznymi zaburzeniami. Pomiędzy tymi wymiarami mogą znaleźć się oddziaływania socjoterapeutyczne obejmujące

uczenie rozwiązywania problemów, ukierunkowane na panowanie nad dystresem, pracę z nieadaptacyjnymi przekonaniem, rozwijanie umiejętności społecznych.

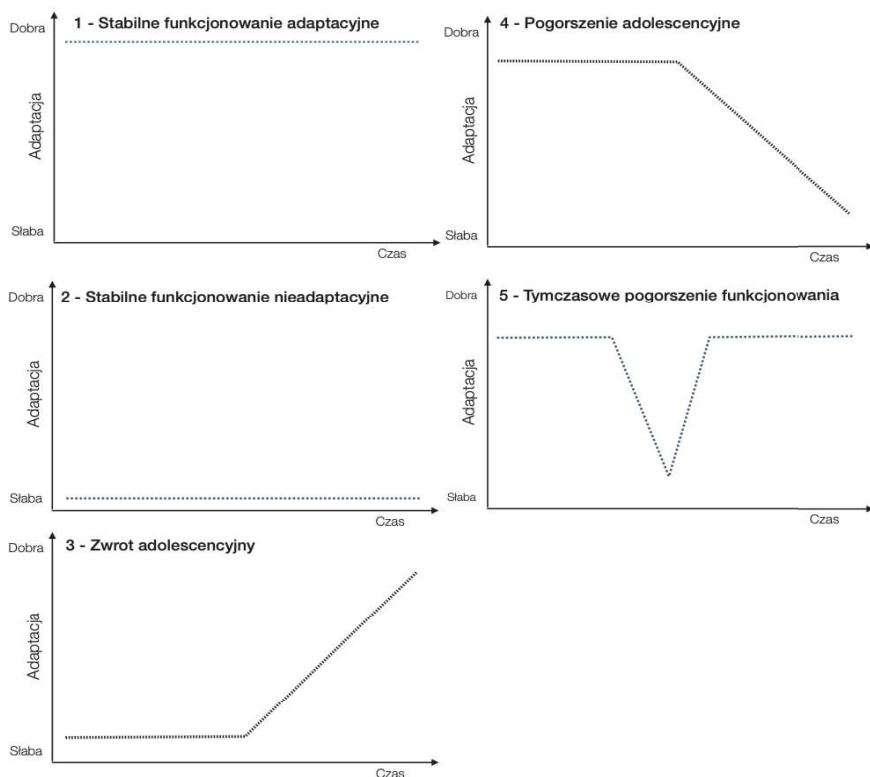
Wiedza na temat zmian trajektorii rozwoju w adolescencji jako podstawa działań socjoterapeutycznych

Warto podkreślić, że początkowe niekorzystne wzorce adaptacji mogą się utrwalić w dezadaptacyjne ścieżki rozwojowe (rozwój trwałego wzorca psychopatologii). Dynamiczne wzajemne wpływy czynników ryzyka i zasobów działających na jednostkę w cyklu życia decydują o kształcie i przebiegu jej ścieżek rozwojowych (Cierpiałkowska, Grzegorzewska, 2016).

Jak podkreślają Bruce E. Compas, Beth R. Hinden, and Cynthia A. Gerhard (1995) badania nad normatywnym i problematycznym rozwojem nastolatków pozwoliły zidentyfikowały pięć trajektorii rozwojowych:

- ścieżka pierwsza to stabilne funkcjonowanie adaptacyjne, która zazwyczaj dotyczy nastolatków ze środowisk niskiego ryzyka;
- ścieżka druga to stabilne funkcjonowanie nieadaptacyjne, dotyczące nastolatków, którzy wkraczają w okres dojrzewania z osobistą historią problemów lub zaburzeń i którzy są narażeni na chroniczny stres i przeciwności losu w przypadku braku środków na złagodzenie tego ryzyka;
- ścieżka trzecia, to zwrot adolescencyjny, kiedy początkowo nieadaptacyjne funkcjonowanie w adolescencji, zmienia się i następuje zmiana w kierunku zdrowia nastolatka; w przypadku tej ścieżki ważne są pozytywne wydarzenia życiowe i nowe możliwości w okresie dojrzewania, które mogą przyczynić się do ożywienia w rozwoju;
- ścieżka czwarta, to pogorszenie adolescencyjne, gdyż początkowo dobre funkcjonowanie zmienia się niekorzystnie w okresie dojrzewania i zmierza w kierunku psychopatologii; ten wzór jest zilustrowany przez narażenie na dramatyczne zmiany warunków środowiskowych w okresie dojrzewania, na przykład zmiany w strukturze rodziny;
- ścieżka piąta dotyczy tymczasowego pogorszenia funkcjonowania, chwilowego odchylenia lub nieprzystosowania w okresie dojrzewania; zachowanie dezadaptacyjne ograniczone jest do okresu dojrzewania i nie jest poprzedzone takimi problemami w dzieciństwie a także nie następują po nim problemy społeczne w wieku dorosłym.

Rys. 2. Możliwe ścieżki rozwojowe w adolescencji. (Opracowanie własne na podstawie: Compas, Hinden, Gerhardt, 1995).



Ścieżki, które obejmują znaczną zmianę w okresie dojrzewania, występują względnie rzadziej niż stabilne trajektorie (Compas, Hinden, Gerhardt, 1995) ale wskazują na znaczenie podejmowania interwencji pomocowych w trakcie ważnych zmian rozwojowych.

Psychopatologia rozwojowa inspirowa do stawiania pytań nie tyle o przyczyny zaburzeń, co raczej o układy różnych czynników, i zasobów i czynników ryzyka, które wchodzi ze sobą w interakcje, tworząc specyficzny dla poszczególnych okresów rozwojowych układ; na dodatek niepowtarzalny, specyficzny dla każdej jednostki. W tym kontekście pytamy (Cicchetti, Toth,

2018): Jak dane dziecko schodzi ze ścieżki rozwojowej?; Jeśli schodzi, to jaką ścieżkę prawdopodobnie wybierze? Jakie wpływy utrzymują je na ścieżce, na której jest i co może spowodować przywrócenie funkcjonowania na bardziej adaptacyjną ścieżkę rozwojową.

Warto podkreślić, że **okres dojrzewania stanowi ważne okno dla wspierania zmian, aby móc przekierować adaptację na właściwą trajektorię rozwojową szczególnie u tych młodych ludzi, którzy mieli wcześniej obciążony rozwój lub tych osób, które przejawiały objawy psychopatologii** (Cicchetti, Rogosch, 2002). Istnieje więc duża wrażliwość jednostek w okresie adolescencji na interwencje ukierunkowane na zmianę przebiegu adaptacji (Granic, Hollenstein, Dishion, Patterson, 2003). Socjoterapia będzie właściwym sposobem postępowania dla młodych ludzi, którzy nie mają utrwalonego wzorca psychopatologii, a którzy doświadczają trudności psychospołecznych, aby osłabić mechanizmy rozwoju dezadaptacyjnych wzorców przystosowania.

Cele terapeutyczne w socjoterapii a założenia psychopatologii rozwojowej

Oddziaływania pomocowe w praktyce socjoterapeutycznej dotyczą zarówno osób zdrowych, jak i potencjalnie przejawiających zaburzenia, co wymaga naszym zdaniem odwoływania się z jednej strony do modeli zdrowia, z drugiej zaś do modeli zaburzeń (Jankowiak, Soroko, 2020). Ta forma pomocy oferowana jest bowiem dość powszechnie jako sposób na rozwiązanie dość różnorodnych problemów dzieci i młodzieży, od problemów eksternalizacyjnych (np. agresywne zachowania czy używanie środków psychoaktywnych) do internalizacyjnych (np. nieśmiałość, lęk, niskie poczucie własnej wartości). Prowadzona jest także w wielu różnych miejscach, których charakter wpływa na możliwości prowadzenia grupy na przykład w świetlicach socjoterapeutycznych, centrach pomocy rodzinie, ośrodkach zdrowia, placówkach wychowawczych i resocjalizacyjnych.

Prowadzone w literaturze dyskusje dotyczą tego, czy i w jakim stopniu socjoterapia poza psychoedukacją, profilaktyką i wsparciem rozwoju realizuje cele terapeutyczne zwane też niekiedy korekcyjnymi. Ten dylemat nie był obcy także nam, przyczyniając się do wielu rewizji sposobu rozumienia potencjału terapeutycznego możliwego do aktywowania przez socjoterapeutę w pracy grupowej z dziećmi i młodzieżą. Do tej pory w literaturze przedmiotu dominowało podejście traktujące rodzaj zmian, które powinny pojawić się w wyniku oddziaływań socjoterapeutycznych jako: zmiana sądów o rzeczywistości, sposobów zachowań i odreagowanie emocjonalne (Strzemieczny, 1988, s.24). Zmiany w zachowaniu następują poprzez dostarczanie wzorców zachowań pożądanых (modelowanie i naśladowanie), umożliwianie wypróbowania (eksperymentowanie), zmiana sposobów postrzegania i myślenia o rzeczywi-

stości (restrukturyzacja poznawcza), wyćwiczenie zachowań pożądanых (nabywanie biegłości), a także rozpoznawanie i ekspresja emocji, które temu towarzyszą (integracja uczuć). Zdaniem Sawickiej podczas spotkań grupowych postępowanie socjoterapeutyczne polega na organizowaniu takich sytuacji społecznych, które: dostarczą uczestnikom doświadczeń korekcyjnych, przeciwnych do treści doświadczeń urazowych oraz doświadczeń kompensujących doświadczenia deprawacyjne, będą sprzyjać odreagowaniu emocjonalnemu, posłużą aktywnemu uczeniu się nowych umiejętności psychospołecznych (Sawicka, 2008). Cele korekcyjne realizowane są poprzez zdobywanie przez młodego człowieka doświadczeń interpersonalnych, przeciwnych do tych niekorzystnych, których dziecko doświadczyło w przeszłości, co może zmienić przekonania na własny temat oraz związane z nimi emocje (Sawicka, 2008, s. 175). W opracowaniach z zakresu socjoterapii takie zmiany bywają uznawane jako realizacja celu nazwanego „terapeutycznym” (Sobolewska, za: Jagieła, 2009, s. 25-26). Zdaniem Renaty Szczepaniak i Agnieszki Jarosz socjoterapia jest procesem w obrębie którego dokonują się zmiany terapeutyczne które autorki rozumieją jako zmiany psychokorekcyjne a „lecniczy” charakter relacji między uczestnikami nazywają społecznością psychokorekcyjną (Szczepanik, Jaros, 2016, s. 21). Jednakże takie określenie celów oddziaływań w pracy z grupą dzieci i młodzieży wzbudza spore kontrowersje. Zdaniem Macieja Wilka, który wyraża wątpliwość w lecniczy charakter oddziaływań socjoterapeutycznych dochodzi do zmiany w funkcjonowaniu młodego człowieka, nie dlatego że go leczymy ale dlatego, że działamy na niego psychokorekcyjnie, a celem naszych działań nie jest leczenie a uzyskanie lepszego funkcjonowania w określonej sytuacji czy wspomaganie rozwoju psychospołecznego (Wilk, 2014, s. 26).

Biorąc pod uwagę współczesne badania i założenia z zakresu psychopatologii rozwojowej cel korekcyjno-terapeutyczny można rozumieć w odniesieniu do dynamicznych zmian na wymiarze zdrowia i choroby uwzględniając różne ścieżki rozwoju (Jankowiak, Soroko, 2021). Złożone i dynamiczne modele zdrowia i zaburzeń pozwalają spojrzeć na socjoterapię jako na formę pomocy, w której przyjęte i możliwe do osiągnięcia cele, oscylują między wspomaganie rozwoju, profilaktyką zaburzeń oraz w niektórych przypadkach zmianą struktur psychicznych i nieadaptacyjnych wzorców zachowań. Przy uwzględnianiu możliwych ograniczeń konieczne jest praktyczne dostosowywanie się do realnych okoliczności wyznaczonych między innymi poziomem zdrowia uczestników. Warto podkreślić, że niektórzy z uczestników grup nie spełniają kryteriów zaburzeń, choć doświadczają różnorodnych trudności, natomiast inni spełniają kryteria zaburzeń, a mimo to należą do grupy socjoterapeutycznej, a nie psychoterapeutycznej, ponieważ jest to jedyna dostępna im forma pomocy w ich środowisku. Ponadto czasem uczestnicy znajdują się w

silnym kryzysie, który długo się utrzymując, może się stać czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń (Jankowiak, Soroko, 2020, s.902-903).

Odwołując się do założeń psychopatologii rozwojowej uznaliśmy, że pomaganie w socjoterapii polegające na intencjonalnym uruchamianiu czynników pomocowych **realizuje cele terapeutyczne poprzez zmianę trajektorii rozwoju i wzmocnienie mechanizmów zdrowia i/lub osłabienie patomechanizmu utrzymującego problemy psychospołeczne uczestników grup.** Poza tak rozumianymi celami terapeutycznymi realizowane są także cele rozwojowe polegające na uaktywnianiu potencjału rozwojowego (społecznego, emocjonalno-motywacyjnego, poznawczego) oraz profilaktyczne polegające na zapobieganiu kształtowaniu się zaburzeń i problemów zdrowotnych (Jankowiak, Soroko, 2021). Tak więc idea dotycząca możliwości realizacji celów terapeutycznych osadzona jest w wiedzy i wynikach badań trajektorii rozwoju opisywanych w psychopatologii rozwojowej.

Podsumowanie

Przyjęcie perspektywy psychopatologii rozwojowej w socjoterapii wymaga więc uwzględnienia wieloaspektowych interakcji między czynnikami ryzyka i ochrony umieszczonych zarówno w kontekście rozwoju uczestników grup jak i ich indywidualnych zasobów, kompetencji ale także osobistych ograniczeń i trudności. Takie założenie wyznacza więc określone podejście do pracy socjoterapeutycznej w której owe czynniki należy rozpoznać, w związku z ich rozpoznaniem zaplanować pracę, ukierunkować na nie interwencje socjoterapeutyczne a także sprawdzić czy podejmowane działania przyniosły zakładany efekt polegający na przywróceniu adaptacyjnych trajektorii rozwoju. Przyjęcie perspektywy psychopatologii rozwojowej wyznacza więc pracę socjoterapeuty w wielu obszarach do których należą między innymi:

- Konstruowanie programów socjoterapeutycznych uwzględniające diagnozę zarówno grupy dla której planowana jest zmiana jak i funkcjonowania jej bliższego i dalszego otoczenia, opracowanie kompletnej wizji zmiany i wyłonienie misji dotyczących obszarów o najważniejszym znaczeniu dla funkcjonowania grupy, do której kierowany jest program (zobacz więcej: Jankowiak, Soroko, 2021).
- Kwalifikowanie do socjoterapii osób u których występują dezadaptacyjne wzorce funkcjonowania lecz patomechanizm nie jest utrwalony – tacy młodzi ludzie powinni być kierowani do psychoterapii.
- Wielopłaszczyznowe i procesualne podejście do diagnozowania w socjoterapii, które jest procesem zachodzącym na kilku płaszczyznach społecznych: diagnozowanie jednostki (osoba i jej relacje interpersonalne), diagnozowanie grupy (grupa jako rozwijająca się całość oraz przebieg poszczególnych pro-

cesów grupowych) i diagnozowanie kontekstu społecznego (głównie kręgi społeczne, kontekst społeczno-ekonomiczny) oraz zarówno przed rozpoczęciem oddziaływań (diagnoza kwalifikująca do socjoterapii), w ich trakcie (diagnozowanie uczestnika grupy: diagnoza funkcjonalna i konceptualizacja przypadku, diagnozowanie grupy i konceptualizacja grupy ocena realizacji celów grupowych) i po zakończeniu pracy z grupą (ocena skuteczności zastosowanego programu i podejścia socjoterapeutycznego) (zobacz więcej: Jankowiak, Soroko, 2021).

- Analiza indywidualnych trajektorii rozwoju członków grupy z uwzględnieniem czynników ryzyka i zasobów oraz ich wzajemnych interakcji działających u każdej osoby w grupie, by właściwie dobrać interwencje pomocowe wspierające adaptacyjne radzenie sobie.
- Uwzględnienie w oddziaływaniach socjoterapeutycznych zarówno pracy z członkami grupy jak i osobami ważnymi dla ich rozwoju (np. kwestia współpracy z rodzicami lub szkołą) a także oceny efektów oddziaływań zarówno na poziomie jednostki jak funkcjonowania systemu społecznego (np. sposobu przyjęcia dziecka po zakończonych oddziaływaniach przez rodzinę, szkołę, grupę rówieśniczą).

Literatura:

Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. W: D. Cicchetti, D. J. Cohen (red.), *Developmental Psychopathology. Volume One: Theory and Method*. New Jersey: John Wiley & Sons

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2018). Using the science of developmental psychopathology to inform child and adolescent psychotherapy. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (p. 484–500). The Guilford Press.

Cierpiałkowska, L., Grzegorzewska, I. (2016). *Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Compas, B.E., Hinden, B.R., Gerhardt, C.A. (1995). Adolescent development: pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265-293.

Forbes, M. K., Rapee, R. M., & Krueger, R. F. (2019). Opportunities for the prevention of mental disorders by reducing general psychopathology in early childhood. *Behaviour research and therapy*, 119, 103411.

Granic, I., Dishion, T. J., Hollenstein, T., Patterson, G. R. (2003). The family ecology of adolescence: A dynamic systems perspective on normative development. W: G. R. Adams, M. D. Berzonsky (red.), *Blackwell handbook of adolescence* (s. 60–91). Malden, MA, Oxford: Blackwell Publishing.

Hinshaw, S. P. (2013). Developmental psychopathology as a scientific discipline. W: T. P. Beauchaine, S. P. Hinshaw (red.), *Child and adolescent psychopathology* (s. 3–28). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Hopwood C.J., Bagby R.M., Gralnick T., Ro E., Ruggero C., Mullins-Sweatt S., Kotov R., Bach B., Cicero D.C., Krueger R.F., Patrick C.J., Chmielewski M., DeYoung C.G., Docherty A.R., Eaton N.R., Forbush K.T., Ivanova M.Y., Latzman R.D., Pincus A.L., ... Zimmermann J. (2019). Integrating psychotherapy with the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). *Journal of Psychotherapy Integration*. <https://doi.org/10.1037/int0000156>.

Jagiela, J. (2007). *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*. Kraków: Rubikon Wydawnictwo.

Jankowiak, B., Soroko, E., (2020). Socjoterapia dzieci i młodzieży. W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A. R. Borowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (s. 899–912), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Jankowiak, B., Soroko, E., (2021). Socjoterapia młodzieży. Studium psychologiczno-pedagogiczne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kotov R., Krueger R.F., Watson D., Achenbach T.M., Althoff R.R., Bagby R.M., ... & Eaton, N.R. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454.

Sawicka, K. (2008). Terapia w resocjalizacji. W: B. Urban, J. M. Stanik (red.), *Resocjalizacja* (s. 163–181). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Soroko, E. (2020). Kliniczna diagnoza opisowa w ICD-11. Diagnozowanie zaburzeń osobowości jako przykład zdążania w stronę modeli dymensjonalnych w psychopatologii. *Psychoterapia psychodynamiczna w Polsce*, 7, 104-122.

Strzemieczny, J. (1988). *Zeszyty socjoterapeutyczne*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Szczepanik, R., Jaros, A. (2016). *Techniki socjoterapeutyczne w pracy z dzieckiem agresywnym*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Wilk, M. (2014). *Diagnoza w socjoterapii*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Barbara Jankowiak

prof. UAM dr hab., pedagożka, psycholożka, psychoterapeutka, kieruje Pracownią

Psychopedagogicznych Badań nad Rozwojem Człowieka na Wydziale Studiów Edukacyjnych UAM w Poznaniu

Emilia Soroko

prof. UAM dr hab., psycholożka, kieruje Zakładem Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej na Wydziale Psychologii i Kognitywistyki UAM oraz Laboratorium Badań Jakościowych i Mieszanych w Psychologii Klinicznej