

Barbara Jankowiak
Emilia Soroko

Socjoterapia dziś i jutro. O potrzebie współpracy refleksyjnego praktyka i ciekawego praktyki naukowca

Socjoterapia to niewątpliwie dziedzina profesjonalnej praktyki, na co wskazuje zarówno dość duża dostępność socjoterapii (co nie znaczy, że wystarczająco dopasowana do potrzeb), jak i znacząca aktywność środowiska osób w nią zaangażowanych. Interesujące i ważne poznawczo, także dla praktyki oddziaływań, jest umocowanie naukowe socjoterapii oraz możliwość przyjęcia wobec niej perspektywy naukowej, zarówno teoretycznej jak i badawczej. Naukowcy we współpracy z socjoterapeutami mają możliwość prowadzić badania nad różnymi aspektami socjoterapii, co przyczynić się może do wypracowania jak najlepszych praktyk w tym obszarze działalności. Chociaż można by zacząć od tego, czy w ogóle mówiąc „socjoterapia” każdy praktyk, naukowiec czy student myśli o tym samym, to jednak nasze rozważania spróbujemy skoncentrować na wyznaczeniu obszarów wyzwań wobec praktyków i naukowców, w których mogą oni obecnie połączyć swoje siły dla zwiększenia profesjonalizacji tej formy pomocy dzieciom i adolescentom. W niniejszym artykule pragniemy najpierw nazwać pewne zjawiska powszechnie występujące w socjoterapii, zbierając podstawowe informacje na temat jej definicji, celów, sposobów oddziaływań i czynników pomocowych, a potem wskazać na obszary, które warto rozwijać w procesie współdziałania praktyków i naukowców.

Socjoterapia – definicja, cele i sposoby oddziaływań pomocowych

Socjoterapia to grupowa forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej ukierunkowana na dzieci i młodzież z grup ryzyka lub/i przejawiających zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym, która polega na intencjonalnym uruchamianiu czynników pomo-

cowych, wykorzystujących procesy grupowe i relację z socjoterapeutą, w celu 1) uaktywnienia potencjału rozwojowego (społecznego, emocjonalno-motywacyjnego, poznawczego), 2) zapobieganiu kształtowania się zaburzeń i problemów zdrowotnych oraz 3) zmiany dezadaptacyjnych zachowań, emocji i przekonań (por. Jankowiak, Soroko, 2013; 2019). W efekcie tych oddziaływań poprawie ma ulec funkcjonowanie psychospołeczne uczestników. Socjoterapię tak rozumianą należy odróżnić zarówno od nieregularnych zajęć, zwanych czasem socjoterapeutycznymi, prowadzonych w klasach szkolnych (np. na lekcjach wychowawczych), gdzie niemożliwe jest wytworzenie procesu grupowego i warunków koniecznych pomocy psychologicznej (jak neutralność czy poufność) oraz od całościowych oddziaływań prowadzonych w młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, gdzie praca z uczestnikami opiera się bardziej na zasadach społeczności i jest zorganizowana całodobowo. Ponadto jak podkreśla Sawicka (2006), odnosząc się do socjoterapii prowadzonej w szkole, instytucje, których cele i rzeczywistość znacząco różni się od tych przyświecających pracy socjoterapeutycznej nie są korzystne dla tej formy pracy pomocowej.

Jakie cele stawiane są przed tą formą pomocy? Ogólne cele socjoterapii można podzielić na: rozwojowe (wspomaganie rozwoju), profilaktyczne (profilaktyka zaburzeń i problemów zdrowotnych) oraz terapeutyczne/korekcyjne (uzyskanie pożądanej z punktu widzenia rozwojowego zmiany, głównie w obszarze relacyjnym, społecznym, emocjonalnym oraz poznawczym) (por. Tab. 1).

Tabela 1. Ogólne cele socjoterapii

Cele socjoterapii	Charakterystyka
Cele rozwojowe	Dotyczą uaktywniania potencjału rozwojowego (społecznego, emocjonalno-motywacyjnego, poznawczego) uczestników grup, a więc takich działań, które mają za zadanie wspierać rozwój w wielu jego aspektach. Identyfikuje się je w dwóch powiązanych ze sobą obszarach: facylitowania rozwoju jednostki oraz grupy oraz towarzyszenia w kryzysach rozwojowych. Aktywowanie potencjału rozwojowego polega na potęgowaniu czynników chroniących tkwiących w jednostce (np. ciekawości poznawczej) oraz w jej otoczeniu (np. w grupie socjoterapeutycznej) a także potencjału danego etapu rozwojowego (por. potencjał okresu adolescencji, Jankowiak, Kuryś-Szyncel, 2017)
Cele profilaktyczne	Osiągane są poprzez stosowanie interwencji zapobiegających zaburzeniom i problemom zdrowotnym u uczestników grup. Wiele programów socjoterapeutycznych ma postawione tak rozumiane cele oddziaływań (np. Schlack, 2010). W oddziaływaniach socjoterapeutycznych profilaktyka prowadzona jest zazwyczaj poprzez edukowanie na temat zagrożeń na przykład wynikających z podejmowanych zachowań ryzykownych (palenie papierosów, picie alkoholu, używanie narkotyków, wczesna aktywność seksualna), umożliwienie ćwiczenia korzystnych zachowań społecznych (np. odmawiania rówieśnikom namawiających do sięgania po narkotyki) oraz przez przekazywanie użytecznej psychologicznej wiedzy, aby wspie-

	rać w rozwoju (np. informując o prawidłowościach rozwoju, co może zmniejszyć lęk związany z dojrzewaniem).
Cele korekcyjne/ Terapeutyczne	Dotyczą zmiany niekorzystnych zachowań, przekonań i sposobów reagowania emocjonalnego. W literaturze przedmiotu rodzaj zmian, który powinien pojawić się w wyniku oddziaływań socjoterapeutycznych określany jest często jako zmiana sądów o rzeczywistości, sposobów zachowań i odreagowanie emocjonalne (Strzemieczny, 1988). Cele korekcyjne realizowane są poprzez zdobywanie przez uczestników grup doświadczeń interpersonalnych, przeciwnych do tych niekorzystnych, których doświadczyli oni w przeszłości lub doświadczają w innych środowiskach, co może zmienić nieadaptacyjne przekonania na własny temat oraz związane z nimi emocje a także poprzez kształtowanie adaptacyjnych zachowań.

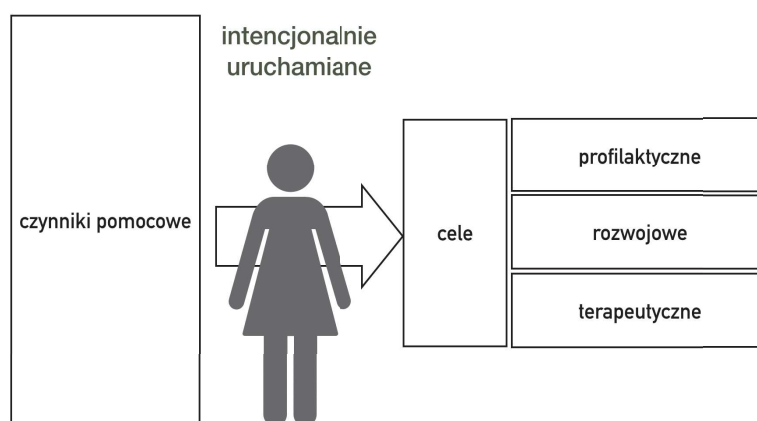
Źródło: opracowanie własne

Sposoby realizowania ogólnych celów w socjoterapii

Aby zrealizować cele rozwojowe, profilaktyczne i terapeutyczne socjoterapeuci aktywują czynniki pomocowe, wykorzystują proces grupowy a także techniki i ćwiczenia ustruktrowane. Czynniki pomocowe to celowe uruchamianie przez prowadzącego specyficzne procesy, ukierunkowane na to, aby wywołać pożądane zmiany w funkcjonowaniu uczestników grup (por. rys. 1). Myślenie o czynnikach pomocowych w socjoterapii zapożyczono 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 patologicz-

nych zachowań) (por. Czabała, 2009). Przyjmujemy tutaj określenie „czynniki pomocowe” zamiast „czynniki terapeutyczne” lub „czynniki leczące”, ponieważ uruchamiany przez socjoterapeutów proces jest z natury psychologiczno-pedagogiczny – dotyczy zarówno aspektu psychologicznego funkcjonowania uczestników grup jak i obszaru oddziaływań wychowawczych, które nie muszą być traktowane jako odpowiedzi na zaburzenia psychiczne czy zaburzenia zachowania. To, co je łączy z ideą czynników leczących w psychoterapii to intencjonalne ukierunkowanie na realizację określonych celów rozwojowych, korekcyjnych czy profilaktycznych wobec właściwie i specyficznie zdiagnozowanych problemów uczestników oraz grupy socjoterapeutyczne jako całości. Czynniki pomocowe, które wydają się szczególnie powszechne w socjoterapii to: identyfikacja z pozytywnym dorosłym, towarzyszenie w przeżywaniu kryzysów rozwojowych, przestrzeganie zasad i norm obowiązujących w grupie i przekazywanie wartości (por. Jankowiak, Soroko, 2013). Pozostałe wyróżnione czynniki pomocowe zaczerpnięto z klasyków psychoterapii i pomocy grupowej, czyli Yaloma (Yalom, Leszcz, 2006; Vinogradov, Yalom, 2007) oraz Coreyów (Corey, 2005; Corey, Corey, 2008). Czynniki te w mniejszym lub większym stopniu związane są z aktywizacją potencjału pomocowego grupy lub/i wagi relacji interpersonalnej z socjoterapeutą jako dorosłym, którego postawę uczestnik może zinternalizować. Możliwe, że jest to wymiar (socjoterapeuta – grupa), który wyznacza style pracy grupowej w socjoterapii (por. Jankowiak, Soroko, 2013).

Rysunek 1. Socjoterapia – celowe uruchamianie czynników pomocowych



Wśród najważniejszych czynników wymienia się:

1. Przestrzeganie zasad i norm obowiązujących w grupie: na początku funkcjonowania grupy ustalane są reguły i zasady jej funkcjonowania. Umiejętność przestrzegania reguł i dostosowywania się do zewnętrznych warunków pracy grupy jest jednym z aspektów korekcyjnego wpływu na proces socjalizacji.
2. Przekazywanie wartości: polega na kształtowaniu w dzieciach i młodzieży społecznie akceptowanego systemu wartości. Jest zarazem rodzajem interwencji wychowawczej.
3. Towarzyszenie w przeżywaniu kryzysów rozwojowych: dotyczy po pierwsze poszczególnych interwencji wspierających socjoterapeutę w odniesieniu do uczestników będących w trakcie intensywnego rozwoju bio-psycho-społecznego, a po drugie tworzenia odpowiednich warunków społecznych (np. idea środowiska podtrzymującego).
4. Identyfikacja z prowadzącym grupę: polega na uczeniu się ról społecznych poprzez upodobnienie się oraz przejęcie pewnych

właściwości. Dzieci i młodzież, która kierowana jest na zajęcia socjoterapeutyczne często nie ma w swoim środowisku rodzinnym pozytywnych wzorców identyfikacyjnych. Lukę tę w pewnym zakresie może wypełnić socjoterapeuta.

5. Korektywne doświadczenie rodziny pierwotnej: dzieci i młodzież podczas socjoterapii może odtwarzać znane im z rodziny pierwotnej relacje. Zadaniem socjoterapeuty będzie nie tyle konfrontowanie i interpretowanie przeniesień (co może mieć miejsce w psychoterapii), lecz rozumienie tych procesów i korzystanie z tak zdobytej wiedzy w diagnozowaniu indywidualnych problemów uczestnika i na tej bazie wsparcie swoich oddziaływań. Socjoterapeuta ma za zadanie kształtować relacje pomiędzy członkami grupy oraz własne zachowanie w stosunku do poszczególnych osób w grupie tak, aby uczestnicy ukształtowali poczucie, że mogą być traktowani inaczej, niż dotychczas. Takie doświadczenie korektywne może wpłynąć na destabilizację wzorców negatywnych lub na stworzenie pozytywnych wzorców relacji.

6. Naśladowanie: polega na uruchamianiu zjawiska modelowania społecznego. Modelem może stać się socjoterapeuta lub inny członek grupy. Naśladowania może być pierwszym krokiem w internalizacji społecznie akceptowanych wzorców zachowań.

7. Zaszczepianie nadziei na pozytywne zmiany w życiu: członkowie grupy podejmując socjoterapię wyrażają nadzieję, że mogą wprowadzić pozytywne zmiany w swoim życiu. Ustalenie jasnych celów pracy grupy oraz celów indywidualnych sprzyja podtrzymywaniu nadziei wśród uczestników.

8. Poczucie podobieństwa uczestników grupy: dotyczy poczucia członków grupy, że problemy w funkcjonowaniu psychospołecznym nie są jednostkowe, ale że są podzielane przez innych. Poczucie podobieństwa do innych zmniejsza poczucie wykluczenia lub redukuje negatywne skutki wykluczenia społecznego, z którym dzieci i młodzież uczestnicząca w socjoterapii może spotykać się w swoim środowisku.

9. Przekazywanie wiedzy i informacji: psychoedukacja jest istotnym elementem pracy z dziećmi i młodzieżą. Socjoterapeuci przekazują

informacje np. na temat sposobów radzenia sobie ze stresem, konsekwencji zażywania środków psychoaktywnych, funkcjonowania w rodzinie z problemem alkoholowym.

10. Altruizm: polega na kształtowaniu poczucia u członków grupy, że mogą zrobić coś dla innych. 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.

11. Rozwój umiejętności społecznych: kształtowanie poszczególnych umiejętności społecznych, takich jak umiejętności komunikacji interpersonalnej, radzenia sobie z emocjami, asertywności, społecznie akceptowanego wyrażania złości, radzenia sobie ze stresem, to tylko niektóre z celów zazwyczaj stawianych przed dziećmi i młodzieżą uczestniczącymi w zajęciach socjoterapeutycznych. Nabywanie i rozwijanie takich umiejętności jest ważną kompetencją funkcjonowania społecznego.

12. Uczenie się interpersonalne i odbiór informacji zwrotnych: członkowie grupy udzielają sobie wzajemnie informacji zwrotnych. Nie zawsze są one udzielane wprost, ale czasami są to reakcje na innych (uczucia, opinie, potrzeby, zachowania), którymi potem można posłużyć się przy objaśnianiu funkcjonowania uczestnika. W ten sposób, na drodze interpersonalnej, tworzy się wiedza na temat znaczących aspektów własnych zachowań (zarówno zasobów osobistych, jak i zachowań nieadaptacyjnych) czy wpływu swojego zachowania na uczucia innych.

13. Spójność grupy: dzieci i młodzież, aby doświadczyć pozytywnych zmian we własnym funkcjonowaniu w oparciu o doświadczenie pracy w grupie, muszą czuć przynależność do tej grupy. Poczucie akceptacji ze strony innych uczestników i socjoterapeuty jest podstawą do własnego zaangażowania. Jeśli grupa socjoterapeutyczna stanie się ważną przestrzenią interpersonalną dla uczestnika, może być alternatywą wobec patologicznie funkcjonujących grup rówieśniczych (np. przestępczych).

14. Katharsis: odreagowanie uczuć podczas socjoterapii często może

przebiegać w sposób zainicjowany przez terapeutę lub pojawić się samoistnie jako wynik omawianych kwestii. W pierwszym przypadku socjoterapeuta podczas zajęć uczy członków grupy sposobów odciążania 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.

15. Czynniki egzystencjalne: odwołuje 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. Czynniki uruchamiane są raczej w reakcji na potrzeby dzieci i młodzieży, które socjoterapeuta identyfikuje jako aktualnie istotne.

16. Humor: jest szczególnie istotny w pracy z dziećmi i młodzieżą. Umożliwia zastosowanie interwencji terapeutycznej w łatwiejszej do przyjęcia formie (Jankowiak, Soroko, 2013).

Jak już wspomniano powyżej, socjoterapeuci pracują wykorzystując dynamikę grupy. Umiejętność odczytywania procesu grupowego oraz uwzględnianie dynamiki grupy pozwala zorientować się, co dzieje się w grupie, a potem podjąć decyzje o kierunku dalszych oddziaływań, o wyborze technik lub ćwiczeń dla grupy, a także pozwala przewidzieć wynik proponowanych doświadczeń i dalej wybrać sposób ich omawiania. Możemy w socjoterapii wyróżnić fazy: 1) początkową pracy grupy socjoterapeutycznej; 2) eksploracji różnic w grupie socjoterapeutycznej; 3) konstruktywnej pracy grupy socjoterapeutycznej; 4) zakończenia pracy grupy socjoterapeutycznej (Jankowiak, Soroko, 2015; por. też Tryjarska, 2006).

W fazie początkowej pracy grupy socjoterapeutycznej przedmiotem jawnej komunikacji między uczestnikami jest określanie celów grupy, fasadowa prezentacja własnej osoby, mniej lub bardziej bezpo-

średnie wypowiadanie obaw i wątpliwości, a także nadziei związanych z udziałem w grupie. Na mniej jawnym poziomie odbywa się wyrażanie stosunku do terapeuty i oczekiwań wobec niego, pierwsze ustalanie relacji wobec innych uczestników grupy, określanie własnego miejsca w grupie (Tryjarska, 2006). Na tym etapie istotne jest ustalenie poziomu bezpieczeństwa psychologicznego w grupie (Poniatowska-Leszczyńska, 2013). Pierwsze spotkania skupiają się najczęściej wokół ćwiczeń, które umożliwią uczestnikom i uczestniczkom bliższe poznanie się, są niezagrażające, gdyż nie wymagają ujawniania siebie na głębszym poziomie. Na tym etapie budowana jest empatia i wzajemne zaufanie poprzez słuchanie się wzajemne i wprowadzanie norm grupowych co obniża napięcie w grupie (Paszkiwicz, 2017). Zadania socjoterapeuty dotyczą określenia i sprecyzowania celów, ustalenia, do jakich celów zmierza grupa jako całość, a do jakich poszczególne osoby (Corey, Corey, 2008). To co pomaga socjoterapeucie na tym pierwszym etapie tworzenia się grupy to setting - wprowadzenie jasnych zasad odnośnie funkcjonowania grupy i roli prowadzącego (Poniatowska-Leszczyńska, 2013). Na tym etapie członkowie grupy polegają na socjoterapeucie i oczekują jego wsparcia w procesie integracji z grupą i tworzenia się perspektywy „my”. Zyskiem tego etapu jest wstępna identyfikacja z grupą, zmniejszenie lęku, czujności, wzrost poczucia bezpieczeństwa, znajomości zasad i reguł (Oyster, 2000).

W fazie eksploracji różnic w grupie socjoterapeutycznej pojawiają się konflikty w grupie. Na tym etapie zazwyczaj występują charakterystyczne zjawiska takie jak: lęk, postawy obronne, opór, walka o władzę, konflikty, ataki na prowadzącego. Aby grupa osiągnęła następne stadium – konstruktywnej pracy – problemy te muszą zostać rozpoznane i skutecznie przepracowane. Zadania prowadzącego dotyczą głównie wsparcia w stawianiu czoła konfliktom, uczeniu jak ważne jest rozpoznawanie sytuacji konfliktowych i gruntowne ich przepracowanie, uczeniu uwzględniania oporu i konstruktywnego postępowania z jego przejawami, modelowaniu postaw i zachowań przez otwarte traktowanie wszelkich form krytyki własnej osoby lub funkcjonowania w roli zawodowej (Corey, Corey, 2008).

Faza konstruktywnej pracy grupy socjoterapeutycznej to właściwy etap pracy grupy socjoterapeutycznej, który polega na realizacji wcześniej zaplanowanych celów (Paszkievicz, 2017). Grupę w tej fazie cechuje zaangażowanie uczestników w zgłębianie problemów, z jakimi przyszli na sesję, skupienie uwagi na procesach zachodzących w grupie. W tej fazie prowadzący mniej strukturalizuje grupę i stosuje mniej interwencji. Członkowie grupy nauczyli się już sami angażować w interakcje i przejmują większą odpowiedzialność za to, co dzieje się w grupie (nie są współprowadzącym, ale udzielają sobie informacji zwrotnych) (Corey, Corey, 2008).

Zadania fazy kończenia pracy grupy socjoterapeutycznej dotyczą wzmocnienia i utrwalenie efektów pracy. Uczestnicy powinni utrwalić uzyskane korzyści i podjąć decyzję, które z nabytych doświadczeń behawioralnych chcą przenieść do codziennego życia (Corey, Corey, 2008). W grupie pojawiają się uczucia związane ze zbliżającym się rozstaniem takie jak smutek i żal (Tryjarska, 2006) lub zadowolenie i ulga (Poniatowska-Leszczyńska, 2013). Socjoterapeuta ma za zadanie pomóc uczestnikom nadać znaczenie procesom i zdarzeniom zachodzącym w grupie by nie zdystansowali się od tych doświadczeń na koniec pracy, pomóc w podsumowywaniu ich indywidualnej pracy. Głównym celem prowadzącego w tej fazie jest zapewnienie takiej struktury pracy, która umożliwi uczestnikom sprecyzowanie znaczenia ich doświadczeń i pomoże im w uogólnieniu zdobytej wiedzy i umiejętności na sytuacje z codziennego życia (Corey, Corey, 2008).

W literaturze przedmiotu wymienianych jest wiele technik socjoterapeutycznych, wydaje się jednak, że można na ich podstawie wyróżnić dwie główne grupy. Są to: 1) praca w kręgu i jej specyficzna ustrukturyzowana forma, zwana rundką, 2) ćwiczenia i zabawy socjoterapeutyczne prowadzone zgodnie z określoną formułą, rozpoczynającą się od przedstawienia celu, zaproponowania zadania dla grupy w formie przemyślanej instrukcji, wykonania przez grupę zadania, omówienia pracy grupy oraz indywidualnych doświadczeń uczestników w różny sposób (w mniejszych grupach lub na forum grupy). Ćwiczenia i zabawy socjoterapeutyczne rzadko są

omawiane w literaturze przedmiotu jako jednolicie zdefiniowana forma, ale najczęściej pojawiają się w różnych zbiorach propozycji jako różnorodne ćwiczenia, zabawy, gry i elementy różnych innych technik i metod np. muzykoterapii, choreoterapii. Opisując te metody podkreśla się, jak ważne jest ich dopasowanie do etapu rozwoju indywidualnego uczestników, rozwoju grupy oraz celów socjoterapii (Jankowiak, Soroko, 2017; Sawicka, 2010; Poniatowska-Leszczyńska, 2013).

Obszary i kierunki rozwoju socjoterapii jako formy pomocy profesjonalnej

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, warto wyróżnić dwie odrębne perspektywy związane z profesjonalizacją socjoterapii, plasujące się jedna wokół obszaru umocnienia naukowego oddziaływań socjoterapeutycznych, a druga wokół weryfikacji empirycznej ich skuteczności.

Pierwszy obszar – umocnienie naukowe oddziaływań socjoterapeutycznych – dotyczy celowości oddziaływań pomocowych jako uzasadnionych teoretycznie odpowiedzi na dobrze dookreślony problem uczestnika, grupy socjoterapeutycznej i społeczności (por. więcej, Jankowiak, Soroko, 2019). Profesjonalna pomoc wynika ze świadomości wizji i celów podejmowanego działania (Sęk, Brzezińska, 2011). Socjoterapię identyfikować można jako takie pomaganie, które wymaga odwołania się do modeli zdrowia jak i zaburzeń, przede wszystkim dlatego, że grupa dzieci i młodzieży będących podmiotami oddziaływań jest bardzo zróżnicowana, a rozwój w okresie dzieciństwa i adolescencji szczególnie dynamiczny i wielopłaszczyznowy. Sądzymy więc, że ważną perspektywą jest psychopatologia rozwojowa (por. Jankowiak, Soroko, 2019) jako dziedzina nauki, która 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). Psychopatologia rozwojowa posługuje się między innymi pojęciami ryzyka, zaburzenia i adaptacji, ale w sposób skoncentrowany na poszukiwaniu znaczących interakcji między tymi czynnikami i określaniem dróg powstania i ustępowania różnych zaburzeń. Ponadto w pomocy psychologicznej kierunek oddziaływań wyłania się ze stosowanego paradygmatu rozumienia człowieka w ramach którego profesjonalista (tutaj socjoterapeuta zgodnie ze swoimi kwalifikacjami) dokonuje diagnozy oraz podejmuje decyzje co do kierunków i metod pomagania. Mimo, że w socjoterapii raczej nie spotykamy zasady jedności paradygmatycznej, mówiącej o konieczności oddziaływań w ramach jednego zestawu założeń na temat natury ludzkiej (Jankowiak, Soroko, 2013), coraz częściej autorzy prac poświęconych tej formie pomocy odwołują się do tej kwestii, postulując przyjęcie określonego podejścia teoretycznego, które umożliwi rozumienie zjawisk zachodzących w socjoterapii, postawienia spójnej diagnozy, wprowadzenia adekwatnego settingu, ustalenia celu, wyboru strategii i w efekcie osiągnięcia założonych celów socjoterapii (Wilk, 2013, 2014).

Drugi obszar związany jest z próbą określenia skuteczności oddziaływań socjoterapeutycznych. Korešponduje on z wagą współczesnego nurtu profesjonalizacji praktyki psychologicznej, z tzw. praktyką psychologiczną opartą o dowody empiryczne, definiowaną jako integrowanie wiedzy o najlepszych dostępnych wynikach badań z biegłością praktyczną, w kontekście indywidualnych cech klienta, jego preferencji i kultury z jakiej pochodzi (APA, 2006). W ostatnich dziesięciu latach szczególnie dużo uwagi poświęca się empirycznym badaniom nad skutecznością, co znajduje wyraz w próbach rekomendowania na podstawie badań naukowych określonych oddziaływań

(por. np. *evidence-based treatment, EBT; empirically supported therapies, EST; evidence-based prevention programs EBP, evidence-based assessment, EBA*, por. np. Duncan, Reese, 2012). Choć istnieją kontrowersje wokół zasadności polegania wyłącznie na tych dowodach empirycznych przy ocenie jakości oddziaływań, jedno jest pewne, że doceniono rolę dowodów empirycznych w praktyce profesjonalnej, co otwiera szansę na to, aby prowadzenie badań naukowych w obszarach praktyki profesjonalnej było standardową procedurą. W idealnych warunkach oczekiwaną i przez praktyków i naukowców. Odnosząc się w pewnym stopniu do wspomnianej wyżej kontrowersji, warto zauważyć, że mówiąc o dowodach niekiedy faworyzujemy – nad pozostałe – dowody empiryczne z badań o bardzo surowej i wymagającej procedurze badawczej, najczęściej odwołującej się do badań laboratoryjnych. Tymczasem jak zauważa się w obszarze refleksji nad pomocą psychologiczną i psychoterapią, dowody to dość bogata i niejednorodna grupa informacji, pochodzących z bardzo różnych badań (por. więcej: Guyatt, Rennie, 2007). Po pierwsze, w grupie dowodów wyróżnić możemy różne typy badań. Są to badania ilościowe i nomotetyczne, przyczyniające się do tworzenia i testowania praw ogólnych, jak np. badania nad skutecznością psychoterapii typu *efficacy*, randomizowane z grupami kontrolnymi, prowadzone w warunkach laboratoryjnych. Są to również badania typu *effectiveness*, prowadzone w warunkach naturalnych, często w powiązaniu z zapotrzebowaniem praktycznym w oparciu o tzw. podejście *practice based evidence* (por. Barkham, Meller-Clark, 2003). Mamy też dowody pochodzące z badań jakościowych, często idiograficznych, skoncentrowanych na pogłębionym poznawaniu jednostek, jakimi są ekspertyzy kliniczne, które często kończą się określonymi decyzjami (których konsekwencje dla poszczególnych osób można niekiedy prześledzić) i mogą stać się ważną okolicznością kształcącą i wpływającą na praktyków. Po drugie, przyjmuje się, że dowody mają określoną hierarchię ze

względu na ich naukową pewność (jakość), czyli są dowody na szczycie i u podstawy tej hierarchii. Poszukujący dowodów psycholog (lub w naszym kontekście socjoterapeuta zastanawiający się na przykład nad tym, jaki program pracy z adolescentami nadużywającymi alkohol wybrać) powinien rozpoczynać od góry hierarchii, którą rozpoczynają niestronnicze przeglądowe próby podsumowań badań naukowych i tzw. metaanalizy (statystyczne podsumowania wielkości efektów uzyskanych w badaniach naukowych). Zgodnie z założeniami hierarchii dowodów, dopiero przy braku wystarczającej informacji na szczeblach wyższych praktyk powinien po drabinie dowodów schodzić „w dół”, przez wyniki poszczególnych badań empirycznych do studiów przypadków opracowanych przez innych profesjonalistów czy wydanych przez nich ekspertyz. Po trzecie wreszcie, wartość dowodów jest różnie postrzegana przez różne strony zaangażowane w dostarczanie i przyjmowanie pomocy. Na przykład organizacje finansujące socjoterapię zwracać będą uwagę na ryzyko finansowe danego programu oddziaływań, a sam socjoterapeuta może cenić inne informacje (np. możliwość wysłuchania referatu kolegi po fachu na branżowej konferencji), gdyż przynoszą mu rozwój umiejętności czy poczucie kompetencji, choć zakres generalizacji wiedzy uzyskanej w ten ostatni sposób jest niezaprzeczalnie ograniczony.

Zróżnicowane podejście do dowodów naukowych pokazuje, jak ważne jest uruchomienie – w obszarze socjoterapii – nastawienia na nieprzerwane zbieranie dowodów pochodzących z różnych źródeł oraz ich adekwatną (rzetelną i dopasowaną do typu dowodu) ocenę. Jest to kontrpropozycja dla idealizacji jednych, a dewaluacji innych źródeł wiedzy czy dowodów w zależności od zajmowanej pozycji, np. jako praktyk czy teoretyk. Ma to szczególne znaczenie na obecnym etapie rozwoju badań naukowych nad socjoterapią. Warto zaznaczyć, inspirując się refleksjami nad rozwojem badań nad psychoterapią

(por. Cierpiałkowska, 2016), że trudno oczekiwać jednoznacznego ustalenia skuteczności poszczególnych technik czy interwencji socjoterapeutycznych w izolacji, ale raczej celem byłoby dookreślenie, w jakich okolicznościach, jakie oddziaływania, w jakiej grupie docelowej mają największy potencjał przyniesienia oczekiwanej pomocy. Oznacza to zatem nie tyle próbę ustalenia listy lepszych i gorszych praktyk, ale pokazanie ich w powiązaniu z szerokim kontekstem stosowania.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania sądzimy, że w obszarze socjoterapii potrzebne są badania naukowe, zarówno jakościowe jak i ilościowe nad różnymi jej aspektami, umożliwiające zbieranie dowodów z różnych poziomów hierarchii. Uzyskane dzięki badaniom dane posłużyłyby zarówno do ustalenia między innymi tego, „jaka jest współcześnie socjoterapia?” (np. prowadząc wywiady, sondaże, studia przypadków), „czy, kiedy i co w socjoterapii działa?” (np. dzięki badaniu skuteczności w warunkach laboratoryjnych i naturalnych), a także „jak socjoterapia działa?” (np. badanie podłużne znaczących zjawisk i procesów).

Ponadto, tak jak i inne formy pomocy psychologicznej, tak również socjoterapia stoi przed wyzwaniem opracowania wskazówek i standardów profesjonalnej praktyki socjoterapeutycznej, opartych głównie na wiedzy uzyskanej naukowo, czyli na podstawie badań. Co obejmują wskazówki pomocy profesjonalnej? Zwykle odnoszą się one do warunku podstawowego osadzenia w wartościach i etyce (szacunek, kompetencje, odpowiedzialność, integralność), a potem przechodzą do uregulowań w obszarze diagnozowania, formułowania przypadku, oddziaływań i interwencji, ewaluacji oddziaływań oraz zasad komunikowania się z klientami, pacjentami, uczestnikami oraz instytucjami kierującymi osobę do pomocy. Po co tworzy się te ogólne wskazówki?

Lista powodów przedstawiona przez Brytyjskie Towarzystwo Psychologiczne (*The British Psychological Society: Generic Professional Practice Guidelines*, 2008) obejmuje dookreślenie, czym jest dobra praktyka profesjonalna i dbanie o aktualność tej definicji, wzmocnienie tożsamości zawodowej, określenia jasno korzyści dla ludzi korzystających z danej pomocy, przynoszenie korzyści towarzystwom, a także dostarczenie porad na temat kwestii prawnych i regulacji prawnych.

Nie tylko jednak zawartość treściowa wskazówek czy standardów ma zasadnicze znaczenie, ale odpowiedni proces ich powstawania. Wydaje się bowiem w świetle powyższych rozważań (tych o dowodach szczególnie), że sukces ustalenia wskazówek (i potem standardów) tkwi w trwałym zetknięciu się praktyki i nauki, w obopólnym odważnym i otwartym komentowaniu się, uzupełnianiu i odpowiadaniu na wzajemne zapytania za pomocą sposobów przynależnych obu perspektywom. Wtedy możemy spodziewać się pozytywnych losów wskazówek jako realnych i żywych regulatorów praktyki.

Konkludując niniejsze rozważania wskazujemy na trzy wyzwania przed jakimi stoi socjoterapia:

1. Osadzenie oddziaływań socjoterapeutycznych w teoriach ogólniejszych (np. w psychopatologii rozwojowej, psychologii rozwoju człowieka, czy psychologii społecznej) i nieco bardziej specyficznych, paradygmatycznych (np. teoriach mechanizmów zmiany);
2. Prowadzenie badań nad skutecznością oddziaływań socjoterapeutycznych w różnych perspektywach czasowych z uwzględnieniem takich okoliczności jak właściwości grupy docelowej, okoliczności jej prowadzenia oraz cele;

3. Opracowanie standardów profesjonalnej praktyki socjoterapeutycznej, które będą wynikiem rozumienia tego, co przynoszą dowody z różnych poziomów hierarchii i dialogu między refleksyjnymi praktykami i zaintrygowanymi praktyką naukowcami (nawet jak są to czasem te same osoby).

Uzyskanie danych w tych jakże istotnych dla socjoterapii aspektach jest możliwe wyłącznie dzięki integrowaniu nauki i praktyki, a więc współpracy socjoterapeutów i ośrodków akademickich. Nie umyka naszej uwadze fakt, że często socjoterapeuci naturalnie podejmują rolę „lokalnego naukowca”, samodzielnie badając proces socjoterapeutyczny i ewaluując własne interwencje i realizowane programy. W ten sposób przyczyniają się do tego, że można stawiać hipotezy na temat tego, jak i dlaczego dzieci i młodzież przesuwają się na kontinuum między zaburzeniami a zdrowiem w stronę tego drugiego. Jednak dzieląc się tym doświadczeniem oraz interesując się wynikami badań naukowych, wpływają również na rozwój socjoterapii jako formy pomocy psychologicznej i pedagogicznej.

Literatura:

Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 10(6), 319-327.

Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. W: D. Cicchetti, D. J. Cohen (red.), *Developmental psychopathology*, vol. 1: Theory and Method. New Jersey: John Wiley & Sons.

Cierpiałkowska, L. (2016). Efektywność poradnictwa psychologicznego i psychoterapii. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna. Podręcznik akademicki* (s. 727-737). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Corey, Corey (2008). Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia

Corey, G. (2005). Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii. Poznań: Zys i S-ka Wydawnictwo.

Czabała J. Cz. (2009). Czynniki Leczące w psychoterapii. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2012). Empirically Supported Treatments, Evidence-Based Treatments, and Evidence-Based Practice. W: I. B. Weiner (red.), Handbook of Psychology, tom 8 (489-513). John Wiley & Sons, Inc.

Guyatt, G. H., & Rennie, D. (2007). Users' guides to the medical literature: A manual for evidencebased clinical practice. Chicago: American Medical Association.

Jankowiak B., Soroko, E. (2017). Socjoterapia młodzieży – od teorii do techniki pracy z grupą. [w:] B. Jankowiak, A. Matysiak-Błaszczak (red.) *Młodzież między ochroną a ryzykiem. Wspieranie rozwoju oraz pomoc psychologiczno-pedagogiczna dla adolescentów i adolescentek*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 355-370

Jankowiak, B., Soroko, E. (2013). Czynniki pomocowe w socjoterapii dzieci i młodzieży – refleksja teoretyczna [w:] Jankowiak (red.) *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno – pedagogicznej. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe UAM, 83-105

Jankowiak, B., Soroko, E. (2013). Socjoterapia jako forma pomocy psychopedagogicznej. [w:] B. Jankowiak (red.) *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno – pedagogicznej. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe UAM, 33-59

Jankowiak, B., Soroko, E. (2014). Style socjoterapeutycznej pracy grupowej z dziećmi i młodzieżą z perspektywy czynników pomocowych. *Studia Edukacyjne*, 31, 195-218.

Jankowiak, B., Soroko, E. (2019). Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej, W: L. Cierpiałkowska, I. Grzegorzewska, A. Borkowska (red.) *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Podręcznik akademicki. Warszawa: Wydawnictwo

Naukowe PWN. [w druku]

Oyster, G. K. (2000) *Grupy*. Poznań: Zys i S-ka

Paszkiewicz, A. (2017). Skuteczna praca z wychowankiem niedostosowanym społecznie w grupie socjoterapeutycznej. Warszawa: Difin

Poniatowska-Leszczyńska, K. (2013). *Socjoterapia w podejściu psychodynamicznym*, [w:] B. Jankowiak (red.), *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, Wyd. Nauk. UAM, Poznań

Schlack, T. (2010). "Małolat" – program interwencyjno-edukacyjno-profilaktyczny dotyczący nieletnich osób nadużywających alkoholu. [w] K. Sawicka (red.) *Socjoterapia*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, 147-190

Sęk, H., Brzezińska, A. I (2011). Podstawy pomocy psychologicznej. [w:] J. Strelau, D. Doliński (red.). *Psychologia akademicka*. Tom 2. Gdańsk: GWP

Strzemieczny J. (1988). *Zeszyty Socjoterapeutyczne*. Warszawa: PTP.

Tryjarska, B. (2006) *Wprowadzenie. Specyfika psychoterapii grupowej*. W: Grzesiuk. L. (red.) *Psychoterapia. Praktyka*. Warszawa: ENETEIA

Vinogradov, S., Yalom, I. (2007). *Psychoterapia grupowa. Krótki przewodnik dla terapeutów*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.

Wilk, M. (2013). *Diagnoza psychodynamiczna w socjoterapii*, W: B. Jankowiak (red.), *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno – pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. J. Jankowiak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 135-154

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

Yalom, I., Leszcz, M. (2006). Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Barbara Jankowiak

dr hab., adiunkt w Pracowni Promocji Zdrowia
i Psychoterapii
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
Poznań

Emilia Soroko

dr hab., adiunkt w Zakładzie Psychologii Zdrowia
i Psychologii Klinicznej
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
Poznań