

Biuletyn



SOCJO

TERAPEUTYCZNY

2 (2024)

Wydawnictwo Naukowe UAM



POLSKIE
STOWARZYSZENIE
SOCJOTERAPEUTÓW

**BIULETYN
SOCJOTERAPEUTYCZNY**

2 (2024)



POLSKIE
STOWARZYSZENIE
SOCJOTERAPEUTÓW

BIULETYN SOCJOTERAPEUTYCZNY

2 (2024)



POZNAŃ 2024

Redaktorka Naczelna

BARBARA JANKOWIAK

Sekretarz Redakcji

KAROLINA KURYŚ-SZYNCCEL

Komitety Redakcyjne

MACIEJ BERNASIEWICZ, Uniwersytet Śląski w Katowicach

LIDIA CIERPIAŁKOWSKA, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

AGNIESZKA GROMKOWSKA-MEŁOSIK, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

CHARLES HILL, Whittier College, USA

SYLWIA JASKULSKA, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

ADRIANA KIČKOVÁ, CONSTANTINE THE PHILOSOPHER UNIVERSITY IN NITRA, SLOVAKIA

MIROSLAW KOWALSKI, Uniwersytet Zielonogórski

DAGMAR MARKOVÁ, Constantine the Philosopher University in Nitra, Slovakia

ESTEFÂNIA SILVA, University of Maia, Portugal

EMILIA SOROKO, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

MACIEJ WILK, Krakowskie Centrum Psychodynamiczne

EWA WOJTYNKIEWICZ, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Publikacja sfinansowana przez Polskie Stowarzyszenie Socjoterapeutów

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

Projekt okładki

K. & S. SZURPIT

Redaktor

JADWIGA JĘCZ

Redaktor techniczny i łamanie komputerowe

REGINALDO CAMMARANO



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

ISSN 2957-1774 (Online)

ISSN 2957-1669 (Print)

DOI: 10.14746/bst

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

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

Wersja pierwotna czasopisma: drukowana

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

www.press.amu.edu.pl

Sekretariat: tel. 61 829 46 46, faks 61 829 46 47, e-mail: wyd nauk@amu.edu.pl

Dział sprzedaży: tel. 61 829 46 40, e-mail: press@amu.edu.pl

Ark. wyd. 8,5. Ark. druk. 9,5

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

SPIS TREŚCI

ARTYKUŁY

BARBARA JANKOWIAK, EMILIA SOROKO	
Branding w socjoterapii.....	9
DOROTA MROCZKOWSKA	
Problem zaburzeń odżywiania wśród młodzieży – o potrzebie uwzględnienia męskiej perspektywy.....	25
SYLWIA JAKULSKA, MATEUSZ MARCINIAK, KATARZYNA FORECKA-WAŚKO, MICHALINA KASPRZAK	
Metoda dramy edukacyjnej podczas zajęć dotyczących budowania postaw inklu- zywnych dla przyszłych nauczycielek i nauczycieli.....	43
ANNA KACZMARSKA-PAJĄK	
Etyka zawodu socjoterapeuty	55
JACEK RUCIŃSKI	
Wykorzystanie psychodynamicznego rozumienia procesu grupowego w treningu interpersonalnym jako metodzie kształcenia socjoterapeutów i psychoterapeutów	83
ZUZANNA JABŁOŃSKA	
Gorzko-słodki smak e-papierosów. Używanie e-papierosów przez młodzież i jego konsekwencje.....	101
JOANNA JAKŚ	
Rozwój samoświadomości potrzeb jako możliwa droga do przezwyciężenia wstydu z wykorzystaniem zasobów grupy	119

RECENZJE

ZENON GAJDZICA	
Recenzja książki autorstwa Barbary Jankowiak, Adrianny Brzezińskiej, Emilii So- roko pt. <i>Funkcjonowanie świetlic socjoterapeutycznych oraz branding oferowanych usług</i> , wydanej przez Wydawnictwo Naukowe UAM w Poznaniu	139

SPRAWOZDANIA

KATARZYNA CHAŁUPA

Sprawozdanie z III Symposium Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów <i>Współczesne wyzwania pracy z młodzieżą</i>	147
---	-----

ARTYKUŁY

BARBARA JANKOWIAK

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

EMILIA SOROKO

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

BRANDING W SOCJOTERAPII

STRESZCZENIE

Branding usług z zakresu zdrowia psychicznego (także w ujęciu socjoterapeutycznym) jest zjawiskiem nowym, choć proces tworzenia wizerunku instytucji pomocowych, na którym się opiera, jest już dobrze rozpoznany. To, jak dane społeczeństwo postrzega daną instytucję, organizację lub placówkę świadczącą pomoc lub usługi społeczne ma znaczenie dla poziomu zaufania czy też zakresu korzystania z usług. Celem artykułu jest scharakteryzowanie brandingu usług socjoterapeutycznych i wskazanie rekomendacji w oparciu o analizę dostępnej literatury. W socjoterapii dobre informowanie o dostępności i zakresie usług związanych z oferowaną dla dzieci i młodzieży pomocą jest kluczowe, gdyż potencjalni klienci podejmują decyzje na podstawie informacji, jakie są przekazywane różnymi kanałami przez instytucje pomocowe. Branding w socjoterapii powinien budować zaufanie między odbiorcami a instytucjami oferującymi tę formę pomocy, dlatego też pełna, aktualna oferta napisana przystępnym, niestygmatyzującym klientów językiem może być filarem dla relacji opartej na zaufaniu między klientami a instytucją oferującą socjoterapię.

Słowa kluczowe: socjoterapia, branding usług, zdrowie psychiczne, dzieci i młodzież

BRANDING IN SOCIOOTHERAPY

ABSTRACT

Branding of mental health services (also in sociotherapeutic terms) is a new phenomenon, although the process of creating an image of the helping institutions on which it is based is already well recognised. How a society perceives a particular institution, organisation or facility providing social support or services has a bearing on the level of trust or the extent to which services are used. The aim of this article is to characterise the branding of sociotherapy services and to identify recommendations based on an analysis of the available literature. In sociotherapy, good communication about the availability and range of services related to the help offered to children

and adolescents is crucial, as potential clients make decisions based on the information that is communicated through different ways by helping institutions. Branding in sociotherapy should build trust between the client and the institutions offering this form of help, so a full, up-to-date offer written in accessible, non-stigmatising language for clients can be a pillar for a relationship of trust between clients and the institution offering sociotherapy.

Keywords: sociotherapy, service branding, mental health, children and adolescents

Branding usług z zakresu zdrowia psychicznego

Branding polega na tworzeniu i dostarczaniu oferty docelowym konsumentom (Gürhan-Canli, Fries, 2023). Warto podkreślić, że koncepcja brandingu wykracza poza użycie nazwy czy logo i obejmuje cały proces tworzenia tożsamości, relacje z klientami oraz ciągłą ocenę marki i jakości usług (Berry, Seltman, 2007; Chahal, Bala, 2010; Dominiak, 2004). Branding jest bowiem procesem budowania relacji między konsumentami a produktami, usługami i organizacjami (Evans i in., 2015).

Branding usług zazwyczaj obejmuje niematerialne wymiary świadczenia usług i ich jakości (Keller, 1998). Wizerunek danej usługi, także z obszaru zdrowia publicznego (Evans, Hastings, 2008), tak jak wizerunek marki, reprezentuje sposób, w jaki jest postrzegana przez potencjalnych klientów (Marič i in., 2010) i może być wzmacniany przez określone działania komunikacyjne (Park, Rees, 2008). Z jednej strony branding rozwinął się więc poza swoje komercyjne pochodzenie i przeniknął na przykład do sektora społecznego, tworzonego przez sieć organizacji non profit, definiowanych przez fakt, że ich celem nie jest przynoszenie zysków (Szczygłowska, 2017). Z drugiej strony ochrona zdrowia stała się po części rynkiem i w ślad za tym wkroczyły do gry strategie marketingowe i znaczenia nabrały prawa przetrwania finansowego różnych placówek (Rendorff, Mattsson, 2009). Warto podkreślić, że nie tylko w Polsce, ale także na świecie branding usług z zakresu zdrowia psychicznego jest zjawiskiem nowym, choć proces tworzenia (i oddziaływania) wizerunku instytucji pomocowych, na którym się opiera, jest już zjawiskiem dobrze rozpoznany. Zazwyczaj również profesjonaliści z obszaru ochrony zdrowia czy oświaty nie są zaznajomieni ani z wiedzą teoretyczną, ani z praktycznymi strategiami komunikacji z klientami swoich usług i muszą dostosować się do wymagań rynku, bazując na dodatkowo zdobywanej wiedzy (Cederberg, 2017). Szczególnie że z punktu widzenia jednostkowego często doświadczają oni niepewności zawodowej i w odpowiedzi zaczynają wykazywać

proaktywność w formowaniu swoich karier. Jednocześnie, jak pisze Cederberg (2017), spośród różnych zawodów, psychologowie doświadczają napięcia między wymaganiami rynku a etyką ich zawodu.

Ponadto poziom zaufania do instytucji czy placówki świadczącej pomoc wynika w znacznej mierze z tego, jak dana społeczność postrzega tę organizację (Gille i in., 2015; Gilson, 2003; Zhao i in., 2018). Niskie zaufanie w stosunku do opieki zdrowotnej i instytucji pomocowych wiąże się ze złym zdrowiem psychicznym. Prawdopodobnie jest to konsekwencją nieposzukiwania pomocy mimo zapotrzebowania na nią, a przyczyn takiego stanu rzeczy należy szukać w doświadczaniu wątpliwości co do jakości możliwej do otrzymania pomocy (Mohseni, Lindstrom, 2007). Wyczerpujące informacje na temat misji danej instytucji, a także zakresu oferty mogą po pierwsze zwiększyć dostępność pomocy dla potrzebujących osób, po drugie kształtować pozytywny wizerunek instytucji i po trzecie zmniejszać stygmatyzację osób korzystających z danej usługi (Baumberg, 2016; Bharadwaj i in., 2017; Chase, Bantebya-Kyomuhendo, 2014; Roelen, 2020; Sickel i in., 2014). Współcześnie do komunikacji z odbiorcami usług powszechnie wykorzystuje się nowe media, gdyż zainteresowanie klientów korzystaniem na przykład z serwisów społecznościowych zmieniło sposób, w jaki instytucje angażują się w relacje z klientami, ciągle dostosowując się do ich preferencji (Felix i in., 2017; Hammedi i in., 2015; Kumar i in., 2016; Osei-Frimpong, McLean, 2017; Pagani, Malacarne, 2017).

Potencjalni klienci instytucji opieki zdrowotnej w obszarze pomocy psychologiczno-pedagogicznej napotykają przeszkody w podejmowaniu w pełni świadomych wyborów opartych na klarownych informacjach, ponieważ sposób wyboru usługi psychologicznej nie przypomina zwykle tradycyjnego sposobu wyboru usługi przez klienta (Cederberg, 2017). Jedną z ważnych różnic występującą po stronie osób ogłaszających swoje usługi jest racjonalna wstrzemięźliwość w reklamowaniu usług, drugą – rezerwa wobec obecnych w języku marketingu obietnic szybkich efektów. Z kolei w przypadku odbiorców sytuacja psychologiczna osoby szukającej pomocy może wiązać się z cierpieniem psychicznym, co utrudnia podejmowanie decyzji w oparciu o racjonalne argumenty i zamiast tego wybór pada na formę pomocy tańszą lub bliższą pod względem lokalizacyjnym.

Dla przykładu, Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA) stale dokonuje rewizji zasad dotyczących aspektu handlu w psychologii, takich jak typ ograniczeń odnoszących się do reklam, roszczeń dotyczących unikalnych lub szczególnych umiejętności poszczególnych osób świadczących pomoc,

porównywanie atrakcyjności poszczególnych osób lub podejść i innych metod napędzania konkurencji.

Wydaje się, że także w socjoterapii dobre informowanie o dostępności i zakresie usług związanych z oferowaną dla dzieci i młodzieży pomocą jest kluczowe, gdyż potencjalni klienci podejmują decyzje na podstawie takich informacji, jakie są przekazywane różnymi kanałami przez instytucje pomocowe (Jankowiak, Brzezińska, Soroko, 2024). Branding w socjoterapii powinien budować zaufanie między odbiorcami a instytucjami oferującymi tę formę pomocy (Beckham, 2000; Berry, 2000; Berry, Bendapudi, 2007; Jankowiak, Brzezińska, Soroko, 2024). Dlatego też pełna, aktualna oferta napisana przystępnym, niestygmatyzującym klientów językiem może być filarem relacji opartej na zaufaniu (Jankowiak, Brzezińska, Soroko, 2024).

Socjoterapia dzieci i młodzieży jako usługa z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej

Warto podkreślić, że socjoterapia realizowana jest powszechnie w Polsce w różnych obszarach działalności pomocowej skierowanych do dzieci i młodzieży (Jankowiak, Soroko, 2021; Wilk, 2023), m.in. w edukacji (szkoły, poradnie psychologiczno-pedagogiczne), resocjalizacji (młodzieżowe ośrodki socjoterapii), pomocy społecznej (specjalistyczne i specjalistyczno-opiekuńcze placówki wsparcia dziennego), a nawet w psychiatrii (Jankowiak, Brzezińska, Soroko, 2024). Odmienność tych instytucji powoduje, że praktykowanie socjoterapii jest w nich różne. Jak pisze Sawicka (2023), świetlice socjoterapeutyczne czy ośrodki całodobowej opieki traktuje się często jako wzbogacenie środowiska wychowawczego o kolejną instytucję socjalizacyjno-opiekuńczą. Proces zmiany rozumiany jest tam zazwyczaj jako bezpośrednie oddziaływanie wychowawców na podopiecznych, zaś elementy korekcyjne wynikają z bezpośrednich kontaktów wychowawczo-terapeutycznych, podczas których kładzie się większy nacisk na potrzeby psychiczne dzieci i młodzieży, niż na zdobywanie wiedzy czy standardy społeczne. Z drugiej strony rozumienie socjoterapii jako formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej znacznie bardziej uwypukla jej terapeutyczny charakter, gdyż proces pomocy jest bardziej kontrolowany, zamierzony i ma miejsce poprzez strukturalizowane spotkania grupowe. Socjoterapię definiuje się bowiem współcześnie jako grupową formę pomocy psychologiczno-pedagogicznej, ukierunkowaną na dzieci i młodzież z grup ryzyka i/lub przejawiających zaburzenia w funkcjonowaniu

psychospołecznym. Polega ona na intencjonalnym uruchamianiu czynników pomocowych, występujących między członkami grupy, w relacji z socjoterapeutą i w procesie grupowym, a jej celem jest uaktywnienie potencjału rozwojowego (społecznego, emocjonalno-motywacyjnego, poznawczego), zapobieganie kształtowaniu się zaburzeń i problemów zdrowotnych oraz zmiany trajektorii rozwoju i wzmocnienia mechanizmów zdrowia i/lub osłabienia patomechanizmu utrzymującego problemy psychospołeczne (Jankowiak, Soroko, 2021, s. 7). W socjoterapii korzysta się z różnych metod i technik pracy grupowej z dziećmi i młodzieżą (Jagięła, 2023; Jaros, 2023; Lasota, 2023), a do najważniejszych należą praca w kręgu i rundka oraz ćwiczenia i zabawy socjoterapeutyczne (Jankowiak, Soroko, 2021). Sposób funkcjonowania młodych ludzi kierowanych na socjoterapię wskazuje, że lokują się oni pomiędzy zdrowiem a zaburzeniem. Kierowane do tej grupy interwencje mają charakter specyficzny, gdyż mimo że wspomniane osoby nie należą jeszcze do grupy chorych i zaburzonych, to jednak znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka powstawania psychopatologii i niejednokrotnie doświadczają aktualnie sytuacji kryzysowych (Jankowiak, Soroko, 2023; Jankowiak, Soroko, 2022; Soroko, Jankowiak, 2020).

Socjoterapia jako element pomocy psychologicznej i społecznej jest bardzo istotną i spersonalizowaną usługą. W wielu miejscach na świecie, także w Polsce, branża opieki zdrowotnej i psychologicznej doświadcza bezprecedensowego wzrostu, szybko rośnie liczba dostawców usług w zakresie zdrowia psychicznego niebędących lekarzami, zmieniają się struktury kosztów, ewoluują przepisy i przybywa prywatnych praktyk (Kemp, Jillapalli, Becerra, 2014; Odoom, Narteh, Odoom, 2019; Phelps, Bray, Kearney, 2017). Dlatego też coraz większe znaczenie ma sposób komunikowania potencjalnym klientom proponowanych usług z zakresu zdrowia i opieki społecznej (Evans, Hastings, 2008; Jankowiak, Brzezińska, Soroko, 2024). Skuteczna strategia marketingowa będzie wymagać od organizacji rozwinięcia silnej tożsamości marki. Marka jest obietnicą złożoną klientom, że instytucja zapewni właściwy rodzaj pomocy na wysokim poziomie. Branding ma kluczowe znaczenie w branży usług – także usług psychologicznych, ponieważ niematerialny charakter usług sprawia, że jakość jest trudna do oceny (Kemp, Jillapalli, Becerra, 2014).

Jednocześnie w Polsce ze względu na różnorodność podejmowanych praktyk nazwanych socjoterapeutycznymi branding może pomóc potencjalnym klientom w rozpoznaniu, czym jest ten sposób pomagania, do jakich osób kierowana jest oferta, jakich interwencji powinni się spodziewać w danej instytucji oferującej socjoterapię oraz jakie są spodziewane efekty ich

uczestnictwa w tej formie pomocy. Branding może więc budować świadomość społeczną dotyczącą korzyści uczestnictwa dzieci i młodzieży w socjoterapii, zwiększać wiedzę na temat sposobów socjoterapeutycznej pracy, a także sprzyjać poczuciu identyfikacji z daną placówką socjoterapeutyczną u dzieci, młodzieży, rodziców i społeczności lokalnej.

Bezpośredni odbiorcy usług socjoterapeutycznych

Bezpośrednimi odbiorcami oddziaływań socjoterapeutycznych są osoby niepełnoletnie, gdyż socjoterapia przeznaczona jest głównie dla dzieci i młodzieży, ale z obecności socjoterapii w systemie rodzinnym lub lokalnej społeczności czerpią korzyści także inne elementy systemów społecznych (np. rodzice, rodzeństwo, nauczyciele). Młodzi ludzie są jednak najważniejsi. W ostatnich latach znacznie wzrosła świadomość znaczenia zdrowia psychicznego młodych ludzi jako globalnego priorytetu zdrowotnego i rozwojowego (WHO, 2020). Jednocześnie wyniki prowadzonych analiz wskazują, że aż do 50% wszystkich zaburzeń psychicznych zaczyna się przed 14. rokiem życia (WHO, 2020), a samobójstwo jest jedną z trzech głównych przyczyn śmierci wśród starszych nastolatków (WHO, 2017). Ponadto problemy psychiczne w okresie adolescencji wiążą się z zachowaniami wysokiego ryzyka, takimi jak samookaleczenia, używanie tytoniu, alkoholu i substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne oraz narażenie na przemoc, których konsekwencje mogą wpłynąć na całe dalsze życie (Kessler i in., 2009; Patel i in., 2008; Jankowiak, 2019; Jankowiak, 2017). Zdrowie psychiczne i dobrostan młodych ludzi ma wpływ na poczucie własnej wartości, zachowanie, osiągnięcia edukacyjne, funkcjonowanie społeczne oraz przyszłe zdrowie i osiągnięcia życiowe (Ialongo i in., 2015).

Światowe dane epidemiologiczne wskazują, że rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży to około 20% (WHO, 2005). W tym profesjonalnej pomocy potrzebuje około 10% populacji ogólnej dzieci i młodzieży. W Polsce odsetek ten wynosi minimum 9%, co oznacza, że pomocy ze strony systemu leczenia psychiatrycznego i psychologicznego wymaga około 630 000 dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia (Janas-Kozik, 2017). Znacznym obciążeniem ostatnich lat są również konsekwencje pandemii COVID-19 (Jankowiak, Jaskulska, Marciniak, Klichowski, 2022; Jaskulska, Jankowiak, Marciniak, Klichowski, 2022; Jaskulska, Jankowiak, Sikorska,

Klichowski, Krauze-Sikorska, 2021), a także kryzysu uchodźczego i doświadczeń wojennych i uchodźczych (Szredzińska, 2022).

Warto podkreślić, że większość problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży podlega profilaktyce (Clements-Nolle, Rivera 2013), w związku z czym niezwykle istotne staje się zapobieganie pojawienia się zaburzeń psychicznych i potęgowanie dobrostanu dzieci i młodzieży, a dla tych młodych ludzi, którzy już cierpią z powodów problemów psychicznych – oferowanie skutecznych interwencji terapeutycznych (Jankowiak, Soroko, 2022).

Polska nadal boryka się z problemami w systemowej opiece psychologicznej i psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą, szerokim dostępem do profilaktyki zdrowia psychicznego, a także dostępem do instytucji wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży (NIK, 2017; NIK, 2020; Szredzińska, 2022). Zgodnie z kontrolą prowadzoną przez Naczelną Izbę Kontroli (NIK) w odniesieniu do placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży, a więc instytucji, które oferują socjoterapię, istnieje problem słabej dostępności tych instytucji (NIK, 2017).

Poszukiwanie pomocy przez odbiorców usług socjoterapeutycznych a dostępność oferty usług socjoterapeutycznych

Należy przyjąć, że reklamowanie usług psychologicznych i społecznych odgrywa znaczącą rolę w informowaniu odbiorców tych usług i zachęcaniu ich do korzystania z takich rodzajów pomagania, które mają dobrą renomę – na przykład ich skuteczność została potwierdzona w badaniach naukowych. Jak piszą Cook i współpracownicy (2008), nawet najlepsze rozwiązania innowacyjne same się nie sprzedają, gdyż są potrzebne bardziej skuteczne działania wdrożeniowe dla wartościowych form pomocy. Odbiorcami takich komunikatów o skutecznych oddziaływaniach są 1) pomagający (psychoterapeuci, klinicyści, socjoterapeuci); 2) bezpośredni i pośredni klienci (dzieci, młodzież, rodzice, nauczyciele). Wydaje się, że w kontekście rywalizacji różnych źródeł informacji o uwagę odbiorców pozostawanie przy decyzjach o minimalnym informowaniu o usługach psychologicznych z nadzieją, że „dobre obroni się samo” jest ryzykowną strategią. Może się bowiem przyczynić do tego, że agresywnie reklamowane usługi pseudopsychologiczne, nieprofesjonalne i tym podobne okażą się bardziej pozawczo dostępne.

Uwarunkowania prawne i społeczne powodują, że dzieci i adolescenci rzadko samodzielnie podejmują kontakt z placówkami zajmującymi się ich zdrowiem psychicznym, a najczęściej kierowani są do nich przez dorosłych – rodziców, nauczycieli, sędziów, pediatrów i innych, którzy dostrzegają ich problemy (Cierpiałkowska i in., 2020). Kiedy młodzi ludzie doświadczają problemów ze zdrowiem psychicznym, w pierwszej kolejności zwracają się do swoich rodzin i przyjaciół, jeśli w ogóle szukają pomocy (Rickwood i in., 2005). Oczywiście zakres zaangażowania rodziców w poszukiwanie pomocy zależy od wieku dziecka. Chociaż dzieci mogą samodzielnie uzyskać dostęp do niektórych rodzajów usług, zwłaszcza w szkole, rodzice muszą wyrazić zgodę na korzystanie z nich. Im młodsze dziecko, tym mniej prawdopodobne, że będzie ono szukać pomocy bez udziału rodziców (Farmer i in., 1997). Młodzież jest bardziej zdolna do aktywnego i samodzielnego poszukiwania pomocy w porównaniu z dziećmi, ale nadal w dużym stopniu polegają na decyzji i akceptacji tego sposobu rozwiązywania problemów psychologicznych przez dorosłych (Sayal, 2006). Dlatego też niezwykle istotne jest, żeby oferta usług socjoterapeutycznych była kierowana zarówno do dzieci i młodzieży, jak i odpowiedzialnych za nich dorosłych.

W Polsce w dokumentacjach rządowych wyrażana jest potrzeba upowszechniania wiedzy na przykład na temat świetlic socjoterapeutycznych. Wyniki prac Najwyższej Izby Kontroli wskazały na niewystarczające w tym zakresie prezentowanie oferty placówek wsparcia dziennego oferujących socjoterapię na stronach internetowych (NIK, 2017, p. 23). Dlatego też w rekomendacjach Najwyższej Izby Kontroli znajdują się wskazówki dotyczące konieczności upowszechniania wiedzy, by móc dotrzeć z ofertą do jak największego grona odbiorców (NIK, 2017), chociażby poprzez informacje prezentowane w Internecie. Fundamentalna idea marki polega bowiem na tym, żeby wszystko, co dana organizacja robi, posiada i wytwarza, przekazywało klarowną ideę tego, czym ta organizacja jest i jakie ma cele (Olins, 2009, s. 28). Zgodnie z danymi z prowadzonej kontroli, niemal wszystkie placówki prezentują na stronach internetowych informacje o ofercie, godzinach otwarcia, możliwościach zapisania dziecka do świetlicy. Jednakże w żadnej świetlicy nie było możliwości zapisania dziecka drogą elektroniczną lub nawet pobrania druku zgłoszenia dziecka na zajęcia (NIK, 2017). Z badań Jankowiak, Brzezińskiej i Soroko (2024) wynika, że mimo iż świetlice socjoterapeutyczne w Gdańsku, Katowicach i Poznaniu posiadają strony internetowe i zazwyczaj także profile w serwisach społecznościowych, to nie zawsze tak podstawowe informacje jak forma pracy placówki lub godziny

otwarcia zostały podane, a nawet jeśli tak, to czasami są nieaktualne. Wydaje się zatem, że w czasie powszechności mediów społecznościowych, placówki socjoterapeutyczne mogą ponosić – nie do końca rozpoznawane i opisywane jeszcze – konsekwencje niepełnego informowania o swojej działalności. Warto podkreślić, że media społecznościowe są ważnym narzędziem budowania relacji z klientami (Gabisch, Gwebu, 2011), tworząc przyjaźnie i osobiste relacje oraz w łatwy sposób umożliwiając pozyskiwanie informacji zwrotnych. Ponadto z dostępnych analiz wynika, że placówki informują w sieci o celach swojej działalności (Jankowiak, Brzezińska, Soroko, 2024), prezentując w ten sposób swoją misję (Suh i in., 2011). Z cytowanych badań wynika, że mimo iż specjalistyczne i łączone (specjalistyczno-opiekuńcze) placówki wsparcia dziennego świadczą pomoc terapeutyczną, a szczególnie socjoterapię (Dz.U. 2011 nr 149 poz. 887), to informacje o socjoterapii nie są wystarczająco eksponowane na poddanych analizie stronach internetowych i profilach społecznościowych placówek, a na wielu z nich tych danych po prostu wcale nie ma, co może znacznie utrudniać klientom orientację w oferowanych usługach (Jankowiak, Brzezińska, Soroko, 2024). Warto także podkreślić, że nie ma dostępnych w Polsce badań na temat brandingu oferty socjoterapeutycznej innych – poza świetlicami socjoterapeutycznymi – instytucji.

Praktyczne implikacje – w stronę brandingu usług socjoterapeutycznych

Jak wskazuje NIK (2017), placówki wsparcia dziennego (w tym świetlice socjoterapeutyczne) powinny zadbać o jasne prezentowanie oferty ośrodków na stronach internetowych. Istotne jest, by umieszczać tam informacje o ofercie, godzinach otwarcia, możliwościach zapisania dziecka do świetlicy, wprowadzić możliwość zapisania dziecka drogą elektroniczną lub pobrania druku zgłoszenia dziecka. Ponadto zdaniem NIK wskazane byłoby również utworzenie na stronie Internetowej Ministerstwa, np. w dziale *wsparcie dla rodzin z dziećmi*, odrębnej zakładki, w której umieszczane byłyby materiały dotyczące funkcjonowania placówek wsparcia dziennego, w tym m.in. wykaz placówek funkcjonujących w kraju oraz przykłady dobrych praktyk.

Nazwa placówki wywołuje oczekiwania i szczególnie młodzi ludzie mogą być podatni na ten efekt, dlatego rekomendowany jest pozytywny wydźwięk nazwy (np. rezygnacja z odniesień do nazw zaburzeń, ewaluacja nazwy pod kątem tego, czy nie wprowadza w błąd) oraz uważny i metodyczny proces

doboru nazwy (np. grupy fokusowe, które mogą doradzić w doborze i odbiorze nazwy) (Veale, Bowles, Avramescu, 2021).

Tabela 1. Branding usług świetlic socjoterapeutycznych na stronach internetowych i w serwisach społecznościowych – rekomendacje

Rekomendacje	Charakterystyka
Aktualne informacje na stronach internetowych i historie wzmacniające zaangażowanie emocjonalne klientów w serwisach społecznościowych	Aktualizowanie danych dotyczących oferty i dbałość o jak najpełniejszą i precyzyjną ofertę. Powinna być ona napisana przystępnym, niestygmatyzującym klientów językiem. Ważne są jasno sprecyzowane cele, które definiują misję placówki. Umieszczanie historii na profilach społecznościowych ułatwia budowanie zaangażowania emocjonalnego klientów oraz pozyskiwanie od nich informacji zwrotnych na temat usług.
Pełne informacje na temat kwalifikacji zatrudnionej kadry	Istotne jest, by informacje umieszczone w sieci obejmowały charakterystykę zatrudnionej kadry wraz z jej wykształceniem i kompetencjami, co ma kluczowe znaczenie nie tylko dla modelowania pozytywnego wizerunku marki, ale także budowania zaufania do danej instytucji.
Pozytywny przekaz z podkreśleniem korzyści uczestnictwa w placówce	Pozytywny przekaz może pomóc zarówno ułatwić podjęcie decyzji o skorzystaniu z oferty instytucji, kształtować więzi z nią, jak i pomóc w definiowaniu siebie w pozytywny sposób i wspierać w podejmowaniu zachowań adaptacyjnych.
Promowanie placówki podczas działań na rzecz społeczności	Podejmowanie działań na rzecz społeczności lokalnej to jednoznaczny przekaz, że osobom zarządzającym placówką zależy na całej społeczności, są więc godne zaufania.
Koncentracja na odbiorcach	Taki sposób prezentowania treści, który jest skoncentrowany na dobru klientów, wzmacnianiu zdrowia publicznego oraz dobrego imienia profesji. Oznacza to, że każdy aspekt doświadczenia odbiorców socjoterapii jest wysoko ceniony, wartościowany przez osoby zaangażowane w propagowanie socjoterapii. Branding tworzony z perspektywy zorientowanej na odbiorcę usługi stawia dobro i potrzeby odbiorców ponad osobiste interesy socjoterapeuty czy placówki jako instytucji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Jankowiak, B.A., Brzezińska, A., Soroko, E. (2024). *Funkcjonowanie świetlic socjoterapeutycznych i branding oferowanych usług*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.

Badania Jankowiak, Brzezińskiej i Soroko (2024) pozwoliły natomiast na wypracowanie rekomendacji (Tabela 1), wśród których autorki postulo- wały umieszczanie na stronach internetowych pełnej, aktualnej oferty napi- sanej przystępnym, niestygmatyzującym klientów językiem. W serwisach

społecznościowych warto umieszczać historie wzmacniające zaangażowanie emocjonalne klientów. Choć konsumenci nie zawsze są w stanie ocenić kompetencje personelu, to badania wykazały wpływ jakości personelu medycznego na postrzeganie i zadowolenie pacjentów z placówek opieki zdrowotnej (Berry, Bendapudi, 2007; Chahal, Bala, 2012; Rao i in., 2006). Dlatego też istotne jest, by informacje umieszczone w sieci obejmowały charakterystykę zatrudnionej kadry wraz z jej wykształceniem i kompetencjami. W przypadku marek usługowych pracujący dla nich personel musi nimi „żyć i oddychać”. Dla klienta osoba reprezentująca jakąś markę jest właśnie tą marką (Olins, 2004, s. 186). Ponadto pozytywny przekaz z podkreśleniem korzyści uczestnictwa w placówce może pomóc zarówno w ułatwieniu podjęcia decyzji o skorzystaniu z oferty instytucji, kształtować więzi z nią, jak i pomóc w definiowaniu siebie w pozytywny sposób i wspierać w podejmowaniu zachowań adaptacyjnych (Jankowiak, Brzezińska, Soroko, 2024).

LITERATURA

- APA (2005). Have You Considered Advertising Your Services? Pobrano z: <https://www.apaservices.org/practice/business/marketing/building/advertising>.
- Beckham, D. (2000). Marketing v. Branding. *Health Forum Journal*, 43(2), 64–70.
- Berry, L.L. (2000). Cultivating Service Brand Equity. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(1), 128–37.
- Berry, L.L., Seltman, K.D. (2007). Building a Strong Service Brand: Lessons From Mayo Clinic. *Bus Horiz*, 50, 199–209.
- Berry, L.L., Bendapudi, N. (2007). Healthcare: A Fertile Field for Service Research. *J Serv Res*, 10(2), 111–122.
- Baumberg, B. (2016). The Stigma of Claiming Benefits: A Quantitative Study. *Journal of Social Policy*, 45(2), 181–199. Pobrano z: <https://doi.org/10.1017/S0047279415000525>.
- Bharadwaj, P., Pai, M.M., Suziedelyte, A. (2017). Mental Health Stigma. *Economics Letters*, 159, 57–60.
- Cederberg, C.D. (2017). Personal branding for psychologists: Ethically navigating an emerging vocational trend. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(3), 183.
- Cierpiąłkowska, L., Soroko, E., Grzegorzewska, I. (2020). Podstawy psychologicznej diagnozy klinicznej dzieci i młodzieży w kontekście społecznym. W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiąłkowska, A.R. Borowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (165–208). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Clements-Nolle K., Rivera C.M. (2013). The Epidemiology of Adolescent Health. W: W.T. O'Donohue, L.T. Benuto, L. Woodward Tolle (red.), *Handbook of Adolescent Health Psychology*. New York: Springer Science+Business Media.

- Cook, J.M., Weingardt, K.R., Jaszka, J., Wiesner, M. (2008). A content analysis of advertisements for psychotherapy workshops: Implications for disseminating empirically supported treatments. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 296–307.
- Chahal, H., Bala, M. (2012). Significant Components of Service Brand Equity in Healthcare Sector. *Int J Health Care Qual Assur*, 25(4), 343–362.
- Chahal, H., Bala, M. (2010). Confirmatory Study on Brand Equity and Brand Loyalty: A Special Look at the Impact of Attitudinal and Behavioural Loyalty. *Vision: J Bus Pers*, 4(1/2), 1–12.
- Chase, E., Bantebya-Kyomuhendo, G. (2014). Poverty and Shame: The Future. W: E. Chase, G. Bantebya-Kyomuhendo (eds.), *Poverty and Shame: Global Experiences*. Oxford University Press.
- Farmer, E.M.Z., Burns, B.J., Angold, A., Costello, E.J. (1997). Impact of Children's Mental Health Problems on Families: Relationships With Service Use. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 5, 230–238.
- Gabisch, J.A., Gwebu, K.L. (2011). Impact of Virtual Brand Experience on Purchase Intentions: The Role of Multichannel Congruence. *Journal of Electronic Commerce Research*, 12(4), 302–319.
- Gille, F., Smith, S., Mays, N. (2015). Why Public Trust in Health Care Systems Matters and Deserves Greater Research Attention. *Journal of health services research i policy*, 20(1), 62–64.
- Gilson, L. (2003). Trust and the Development of Health Care as a Social Institution. *Social science i medicine*, 56(7), 1453–1468.
- Gürhan-Canli, Z., Fries, A. (2023). Branding and Corporate Social Responsibility (CSR). W: Z. Gürhan-Canli, A. Fries, A. (Eds.). *Brands and Brand Management* (91–110). Psychology Press.
- Dominiak, M.C. (2004). The Concept of Branding: Is It Relevant to Nursing? *Nurs Sci Q*. 17(4), 295–300.
- Evans, W.D., Blitstein, J., Vallone, D., Post, S., Nielsen, W. (2015). Systematic Review of Health Branding: Growth of a Promising Practice. *Translational Behavioral Medicine*, 5(1), 24–36. Pabrano z: <https://doi.org/10.1007/s13142-014-0272-1>.
- Evans, W. D., Hastings, G. (2008). *Public Health Branding: Applying Marketing for Social Change*. Oxford University Press.
- Felix, R., Rauschnabel, P.A., Hinsch, C. (2017). Elements of Strategic Social Media Marketing: A Holistic Framework. *Journal of Business Research*, 70, 118–126. Pabrano z: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.05.001>.
- Hammedi, W., Kandampully, J., Zhang, T.T., Bouquiaux, L.A. (2015). Online Customer Engagement: Creating Social Environments Through Brand Community Constellations. *Journal of Service Management*, 26(5), 777–806. Pabrano z: <https://doi.org/10.1108/JOSM-11-2014-0295>.
- Ialongo, N.S., Rogosch, F.A., Cicchetti, D., Toth, S.L., Buckley, J., Petras, H., Neiderhiser, J.M., (2015). A Developmental Psychopathology Approach to the Prevention of Mental Health Disorders. W: *Theory and Method*, vol. I, s. 968–1018). Hoboken: John Wiley and Sons Ltd.

- Jagiela, J. (2023). Możliwość zastosowania analizy transakcyjnej w socjoterapii. *Biuletyn Socjoterapeutyczny*, 1, 25–42.
- Jankowiak, B.A. (2017). Zachowania ryzykowne współczesnej młodzieży. Studium teoretyczno-empiryczne. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM . Pobrano z: <https://doi.org/10.14746/amup.9788323237440>.
- Jankowiak, B.A. (2019). Młodzież w kryzysie – doświadczenie zaniedbania wśród adolescentek i adolescentów jako „zaniedbany” obszar teorii i badań. *Nauki o Wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne*, 2, 73–86. Pobrano z: <https://doi.org/10.18778/2450-4491.09.06>.
- Jankowiak, B.A., Soroko, E. (2022). Uwzględnianie perspektywy psychopatologii rozwojowej w profilaktyce zaburzeń i promocji zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. *Resocjalizacja Polska*, 43–59.
- Jankowiak, B.A., Soroko, E. (2021). *Socjoterapia młodzieży. Studium psychologiczno-pedagogiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jankowiak, B.A., Soroko, E. (2021). Jakościowa analiza autonarracji socjoterapeutów na temat problemów nastoletnich uczestników grup i przebiegu socjoterapii, *Biuletyn Socjoterapeutyczny*, 1, 85–104.
- Jankowiak, B.A., Brzezińska, A., Soroko, E. (2024). Funkcjonowanie świetlic socjoterapeutycznych i branding oferowanych usług. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Jankowiak, B.A., Jaskulska, S., Marciniak, M., Klichowski, M. (2022). Edukacja zdalna w czasie pandemii COVID-19 w doświadczeniach polskich uczniów i uczennic – postrzeganie możliwości uzyskania pomocy w szkole. *Horyzonty Wychowania*, 21, 119–130. Pobrano z: <https://doi.org/10.35765/hw.2022.57.12>.
- Jaros, A. (2023). Socjoterapia z bajką – metodyczne wskazówki pracy. *Biuletyn Socjoterapeutyczny*, 1, 75–84.
- Jaskulska, S., Jankowiak, B.A., Marciniak, M., Klichowski, M. (2022). Assessment of Physical Well-Being and Leisure Time of Polish Students during the COVID-19 Outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1–14. Pobrano z: <https://doi.org/10.3390/ijerph19148358>.
- Jaskulska, S., Jankowiak, B.A., Sikorska, J., Klichowski, M., Krauze-Sikorska, H.M. (2021). Proces uczenia się przed, w trakcie i po pandemii Covid-19. *Badanie VULCAN*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza. Pobrano z: <https://doi.org/10.14746/amup.9788323239871>.
- Keller, K.L. (1998). Branding Perspectives on Social Marketing. *Adv Consum Res.*, 25, 299–302.
- Kemp, E., Jilapalli, R., Becerra, E. (2014). Healthcare branding: developing emotionally based consumer brand relationships. *J Serv Market*, 28(2), 126–137.
- Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Üstün, T.B., Wang, S. (2009). The Global Burden of Mental Disorders: An Update From the Who World Mental Health (Wmh) Surveys. *Epidemiol Psichiatri Soc*, 18(1), 23–33. Pobrano z: <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>.
- Kumar, V., Pansari, A. (2016). Competitive Advantage Through Engagement. *Journal of Marketing Research*, 53(4), 497–514. Pobrano z: <https://doi.org/10.1509/jmr.15.0044>.

- Lasota, A. (2023). Pozytywne interwencje terapeutyczne oparte na wdzięczności w socjoterapii dzieci i młodzieży. *Biuletyn Socjoterapeutyczny*, 1, 57–74.
- Marič, M., Pavlin, J., Ferjan, M. (2010). Educational Institution's Image: A Case Study. *Organizacija*, 43(2), Pobrano z: 58–65. <https://doi.org/10.2478/v10051-010-0007-0>.
- Mohseni, M., Lindstrom, M. (2007). Social Capital, Trust in the Health-Care System and Self-Rated Health: The Role of Access to Health Care in a Population-Based Study. *Social science i medicine*, 64(7), 1373–1383.
- NIK (2017). Funkcjonowanie placówek wsparcia dziennego dla dzieci. Pobrano z: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/funkcjonowanie-placowek-wsparcia-dziennego-dla-dzieci.html>.
- NIK (2020). Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019). Pobrano z: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,22730,vp,25429.pdf>.
- Odoom, P.T., Narteh, B., Odoom, R. (2019). Healthcare branding: Insights from Africa into health service customers' repeat patronage intentions. *International Journal of Healthcare Management*, 14(3), 663–675. Pobrano z: <https://doi.org/10.1080/20479700.2019.1688503>.
- Olins, W. (2009). *Podręcznik branding, tłum. M. Boruc*. Warszawa: Fundacja Promocja Polska – Instytut Marki Polskiej.
- Olins, W. (2004). *O marce*. Warszawa: Fundacja Promocja Polska – Instytut Marki Polskiej.
- Osei-Frimpong, K., McLean, G. (2017). Examining Online Social Brand Engagement: A Social Presence Theory Perspective. *Technological Forecasting and Social Change*, 123, 10–21. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2017.10.010>.
- Pagani, M., Malacarne, G. (2017). Experiential Engagement and Active vs. Passive Behavior in Mobile Location-based Social Networks: The Moderating Role of Privacy. *Journal of Interactive Marketing*, 37, 133–148. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.intmar.2016.10.001>.
- Park, H., Rees, K. (2008). Motivators of Fair Labor Management and the Role of Top Management in the US Clothing/Footwear Industry. *Journal of Fashion Marketing and Management*, 12(4), 487–501. Pobrano z: <https://doi.org/10.1108/13612020810906146>.
- Patel, V., Flisher, A.J., Nikapota, A., Malhotra, S. (2008). Promoting Child and Adolescent Mental Health in Low and Middle Income Countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 313–334. Pobrano z: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01824.x>.
- Phelps, R., Bray, J.H., Kearney, L.K. (2017). A quarter century of psychological practice in mental health and health care: 1990–2016. *American Psychologist*, 72(8), 822–836. Pobrano z: <https://doi.org/10.1037/amp0000192>.
- Rao, K.D., Peters, D.H., Bandeen-Roche, K. (2006). Towards Patient-Centered Health Services in India—a Scale to Measure Patient Perceptions of Quality. *Int J Qual Health Care*, 18(6), 414–421.
- Rendtorff, J.D., Mattsson, J. (2009). Ethical issues in the service industries. *Service Industries Journal*, 29, 1–7. Pobrano z: <http://dx.doi.org/10.1080/02642060802116396>.
- Rickwood, D., Deane, F.P., Wilson, C.J., Ciarrochi, J. (2005). Young People's Help-Seeking for Mental Health Problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 1–34. Pobrano z: <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>.

- Roelen, K. (2020). Receiving Social Assistance in Low- And Middle-Income Countries: Ne gating Shame or Producing Stigma? *Journal of Social Policy*, 49(4), 705–723. Pobrano z: <https://doi.org/10.1017/S0047279419000709>.
- Sayal, K. (2006). Annotation: Pathways to Care for Children With Mental Health Problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 649–659. Pobrano z: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01543.x>.
- Sawicka, K. (2024). Wokół pojęcia socjoterapii. *Biuletyn Socjoterapeutyczny*, 1, 11–23.
- Sickel, A.E., Seacat, J.D., Nabors, N.A. (2014). Mental Health Stigma Update: A Review of Consequences. *Advances in Mental Health*, 12(3), 202–215. Pobrano z: <https://doi.org/10.1080/18374905.2014.11081898>.
- Soroko, E., Jankowiak, B.A. (2020). Shaping Social and Psychological Competencies or Intervening in a Crisis? Sociotherapists' Experiences of Helping Adolescents in Poland. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42, 349–365. Pobrano z: <https://doi.org/10.1007/s10447-020-09405-x>.
- Suh, T., Houston, M.B., Barney, S. M., Kwon, I. W. (2011). The Impact of Mission Fulfillment on the Internal Audience: Psychological Job Outcomes in a Services Setting. *Journal of Service Research*, 14(1), 76–92. Pobrano z: <https://doi.org/10.1177/1094670510387915>.
- Szczygłowska, L. (2017). Marka biblioteki. *Zarządzanie Biblioteką*, 9(1), 9–19.
- Szredzińska, R. (2022). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (136–157). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej Dz. U. 2011 Nr 149 poz. 887 (2011) (Polska). Pobrano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20111490887>.
- Veale, D., Bowles, C., Avramescu, M. (2021). The 'branding' of IAPT and private cognitive behaviour therapy services in England. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 14, e40.
- WHO. (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. World Health Organization.
- WHO. (2005). *Atlas: Child and Adolescent Mental Health Resources: Global Concerns, Implications for the Future*. World Health Organization. Pobrano z: <https://www.who.int/publications/i/item/9241563044>.
- WHO. (2017). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (Aa-Ha!): Guidance to Support Country Implementation*. World Health Organization.
- WHO. (2020). *Guidelines on Mental Health Promotive and Preventive Interventions for Adolescents: Helping Adolescents Thrive*. World Health Organization.
- Wilk, M. (2023). Cztery oblicza socjoterapii. *Biuletyn Socjoterapeutyczny*, 1, 43–56.
- Zhao, D., Zhao, H., Cleary, P.D. (2019). International Variations in Trust in Health Care Systems. *The International journal of health planning and management*, 34(1), 130–139.

DOROTA MROCZKOWSKA

ORCID: 0000-0003-4410-0276

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

PROBLEM ZABURZEŃ ODŻYWIANIA WŚRÓD MŁODZIEŻY – O POTRZEBIE UZWGLĘDNIENIA MĘSKIEJ PERSPEKTYWY

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań dotyczących epidemiologii i uwarunkowań dotyczących zaburzeń odżywiania z uwzględnieniem perspektywy genderowej oraz wskazanie możliwych kierunków leczenia uwzględniającego szeroką perspektywę oddziaływań edukacyjnych, psychoterapeutycznych i socjoterapii. Artykuł opiera się na danych zebranych przy zastosowaniu analizy narracyjnej pięćdziesięciu tekstów z baz danych takich jak: Google Scholar, Research Gate, PubMed, Scirus oraz SSRN (Social Science Research Networks) z ostatniej dekady (włącznie do 2024 roku). Materiał empiryczny wskazuje, że objawy zaburzeń odżywiania u mężczyzn są częściej (niż w przypadku kobiet) związane z trudnościami w uzyskaniu prawidłowej diagnozy (public stigma), autostygmatyzacją (self stigma), współistniejącymi zaburzeniami dysmorficznymi ciała, uzależnieniami od substancji, większą aktywnością fizyczną, doświadczeniami otyłości oraz identyfikacją płciową. Zarówno metody stosowane przy zbieraniu danych dotyczących zaburzeń odżywiania, jak i precyzja kryteriów diagnostycznych do rozpoznawania zaburzeń odżywiania (zarówno w systemach DSM, jak i ICD) opierają się w dużej mierze na badaniach prowadzonych w populacjach klinicznych kobiet.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania u kobiet, zaburzenia odżywiania u mężczyzn, anorexia, bulimia, kompulsywne objadanie się, orientacja seksualna, aktywność fizyczna, dysmorfofobia

THE PROBLEM OF EATING DISORDERS AMONG YOUNG PEOPLE – ON THE NEED TO CONSIDER THE MALE PERSPECTIVE

ABSTRACT

The aim of the article is to present research findings on the epidemiology and determinants of eating disorders from a gender perspective, as well as to identify possible treatment directions that incorporate a broad range of educational, psychotherapeutic, and sociotherapeutic interventions. The article is based on data collected through a narrative analysis of fifty texts from

databases such as Google Scholar, ResearchGate, PubMed, Scirus, and SSRN (Social Science Research Networks) from the past decade (up to and including 2024).

The empirical material indicates that symptoms of eating disorders in men are more frequently associated (compared to women) with difficulties in obtaining an accurate diagnosis (public stigma), self-stigmatization, coexisting body dysmorphic disorders, substance addictions, higher levels of physical activity, experiences of obesity, and gender identity issues. Both the methods used for data collection on eating disorders and the precision of diagnostic criteria for identifying eating disorders (in both DSM and ICD systems) are largely based on research conducted in clinical populations of women.

Keywords: eating disorders in women, eating disorders in men, anorexia, bulimia, compulsive over-eating, sexual orientation, physical activity, body dysmorphic disorder

Wprowadzenie

Zaburzenia odżywiania (ang. ED-Eating Disorder) stanowią stale narastający problem tak psychologiczny, jak i społeczny. Ich objawy powodują wiele negatywnych skutków, które w zaawansowanych stadiach choroby prowadzą zwykle do poważnych komplikacji zdrowotnych oraz stanowią jedne z najbardziej śmiertelnych zaburzeń w obszarze zaburzeń psychicznych (za: National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorder, 2000). Dotychczas większość badań nad zaburzeniami odżywiania skupiała się przede wszystkim na kobietach, co ma swoje odzwierciedlenie w klasyfikacjach nozologicznych opartych na badaniach i narzędziach dostosowanych do diagnozy płci żeńskiej (Murray i in., 2016; Lavender i in., 2017; Gorrel, Murray 2019; Brown, Keel, 2023). Murray i in. (2016) donoszą, że zaledwie niecały 1% badań dotyczących anoreksji psychicznej prowadzono jak dotąd w populacji męskiej. W badaniach nad problematyką ED u mężczyzn uwidacznia się brak doniesień, badań i prac kazuistycznych przybliżających specyfikę zaburzeń, jak również tych pogłębiających wiedzę o ich leczeniu i psychoterapii. Równocześnie od lat obserwujemy znacznie większy liczebny wzrost zachorowalności wśród płci męskiej, czego przykładem są choćby badania z lat 1999–2009 wskazujące, że liczba mężczyzn hospitalizowanych z powodu zaburzeń odżywiania i ich następstw wzrosła o 53% (Zhao, Encinosa, 2011; por. Lavender i in., 2017).

Celem tekstu jest przedstawienie wyników badań dotyczących epidemiologii, uwarunkowań i leczenia zaburzeń odżywiania u mężczyzn oraz wskazanie różnic w tym zakresie w odniesieniu do populacji kobiet. Artykuł opiera się na danych zebranych przy zastosowaniu analizy narracyjnej (ang. narrative

review) (Ferrari, 2015; Nakano, Muniz, 2018). Przeanalizowano pięćdziesiąt tekstów z baz danych takich jak: Google Scholar, Research Gate, PubMed, Scirus oraz SSRN (Social Science Research Networks) z ostatniej dekady, włącznie do 2024 roku, z zastosowaniem takich słów kluczowych jak: zaburzenia odżywiania, epidemiologia zaburzeń odżywiania, diagnoza zaburzeń odżywiania, leczenie zaburzeń odżywiania, każdorazowo uwzględniając różnice płciowe. W przypadkach niektórych tematów uwzględniono publikacje z wcześniejszych lat, jeśli temat był w nich wnikliwie eksplorowany, a późniejsze refleksje nie wnoszą nowych treści. Analiza ma charakter eksploracyjny i jest pierwszym etapem badań nad tym tematem, stąd nie uwzględniono dodatkowych kryteriów selekcji, tj. wieku, miejsca zamieszkania, orientacji seksualnej, itp.

Epidemiologia

Zacznijmy od tego, że postawy wobec zaburzeń odżywiania mają wysoce genderową naturę oraz wyraźne społeczno-kulturowe konotacje. Kobiety głównie ze względu na naciski kulturowe znacznie częściej cierpią na anoreksję i bulimię. Dla nich też najważniejszym celem jest kontrola ilości spożywanych pokarmów w celu zmniejszenie wagi. U mężczyzn częściej mamy do czynienia z kompulsywnym objadaniem się i bulimią. Badania wskazują, że mężczyźni dążą przede wszystkim do osiągnięcia sylwetki charakteryzującej się zwiększeniem umięśnienia w górnych partiach ciała (sylwetka w kształcie V). Rzadziej stosują też restrykcyjne formy redukcji wagi takie jak środki przeczyszczające czy wyniszczającą dietę, priorytetem dla nich są intensywne i forsujące ćwiczenia fizyczne.

Szacuje się, że częstotliwość zachorowań na anoreksję psychiczną (*anorexia nervosa*, AN) wśród mężczyzn wzrosła, a proporcje w tym zakresie między kobietami i mężczyznami zmieniły się w ciągu ostatnich 20 lat z 9:1 na 4:1 (Mitchison i in., 2013). Stice i Bohon (2012) analizując i integrując informacje z rozmaitych źródeł wskazują, że w populacji żeńskiej występuje ona u 0,9% do 2,0% oraz u 0,1% do 0,3% populacji męskiej, przy czym mężczyźni stanowią 25% osób z jadłowstrętem psychicznym (Mond i in., 2014; por. Valente i in., 2017; Mitchison i in., 2019). Część badaczy problematyki (por. Mond i in., 2014; Mitchison i in., 2013; Quadflieg i in., 2019) twierdzi, że mężczyźni z AN, bardziej niż kobiety obciążeni są ryzykiem przedwczesnej śmierci, bowiem w ich przypadku zaburzenie diagnozuje się zdecydowanie później niż u kobiet. Tym samym w chwili jego rozpoznania

symptomy są bardziej utrwalone, powikłania cięższe, a rokowania gorsze. Dla przykładu, ED rozpoznaje się średnio między 18 a 26 rokiem życia u mężczyzn, podczas gdy u kobiet między 15 a 18. (Krenn, 2003). Wynika to z faktu, iż jakkolwiek w klasyfikacji DSM-5 (APA, 2013) usunięto kryterium braku miesiączki dla zdiagnozowania anoreksji psychicznej, to w przypadku dziewcząt z ED brak czy nieregularność menstruacji wskazuje często na niedożywienie, dla populacji męskiej nie wyróżniono zaś tak czytelnego wskaźnika stanu odżywienia. U mężczyzn częściej wykonuje się pomiary antropometryczne pozwalające na ocenę stanu odżywienia w kontekście choćby atrofii regionów korowych widocznych w obrazowaniu mózgu metodą tomografii komputerowej.

Dane epidemiologiczne dotyczące zachorowań na bulimię psychiczną wskazują, że częstość występowania bulimii wśród kobiet wynosi od 0,34% do 1,5%, a wśród mężczyzn od 0,1 do 0,7% (Hoek, Hoeken, 2003; Ricciardelli, McCabe, 2004; Hudson i in., 2007). Z kolei Stice i Bohon (2012), analizując doniesienia różnych badaczy na temat częstotliwości zachorowań na bulimię i zespół jedzenia kompulsyjnego (*binge eating disorder*, BED) dowodzą, że pierwsze z nich w przypadku kobiet ujawnia się u od 1,1% do 4,6%, zaś w przypadku mężczyzn u 0,1% do 0,5%. Drugie – według szacunków – występuje u maksymalnie 3,5% populacji żeńskiej i 2% męskiej, co czyni je jednym z nielicznych zaburzeń odżywiania, gdzie różnice międzypłciowe nie są tak wyraźne (Striegel-Moore, Franko, 2007; Mond i in., 2014). Wśród mężczyzn z BED częściej występuje otyłość i większa masa ciała w porównaniu z kobietami z tym zaburzeniem (Steiger i in., 2003; Striegel-Moore, Franko, 2007; Mond i in., 2014).

O ile dane epidemiologiczne jednoznacznie wskazują na większą częstość występowania ED w populacji kobiet, to do tych dotyczących jej męskiej części należy odnosić się z rezerwą. Jak bowiem wykazano, mężczyźni rzadziej zgłaszają się po pomoc, a instrumenty diagnostyczne i wiedza specjalistów w zakresie rozpoznawania u nich ED są nadal niedoskonałe. Istotnym powodem, dla którego mężczyźni cierpiący na zaburzenia odżywiania niechętnie szukają pomocy, jest strach przed krytyką, osądzeniem i zlekceważeniem (Booth i in., 2004), a etykieta „choroby psychicznej” tak buduje, jak i podtrzymuje piętno. Crisp (2005; por. Crisp i in., 2005a) donosi, że około jedna trzecia brytyjskiej opinii publicznej postrzega osoby z zaburzeniami odżywiania jako trudne w kontakcie, same sobie winne, niechące wyjść z choroby (tym samym obwiniane za trwanie w chorobie). Inne badania (por. Badura-Brzoza i in., 2023; Gruszka i in., 2019; Kochański

i in., 2017) wskazują na stygmatyzację ze strony specjalistów, dotyczącą negatywnych przekonań (np. obarczanie osób z ED odpowiedzialnością za ich stan) i emocji (np. wzbudzają frustrację i złość). W toku działań diagnostycznych specjaliści poszukują często przyczyn istniejących problemów u mężczyzn w chorobach somatycznych czy zaburzeniach psychicznych, innych niż zaburzenia odżywiania, tym samym mężczyźni częściej spotykają się z błędnymi diagnozami czy bagatelizowaniem ich objawów. Wielu mężczyzn doświadczało braku zrozumienia ze strony terapeutów, co prowadziło do poczucia, że ich potrzeby nie są dostatecznie uwzględniane (Murray i in., 2016; Reas i in., 2017; Pearl, 2023).

Niesprzyjający kontekst leczenia potęguje poczucie izolacji doświadczanej przez osoby z zaburzeniami odżywiania i utrudnia im szukanie pomocy, co podtrzymuje negatywne objawy fizyczne (np. problemy medyczne), psychologiczne (np. depresja czy niepokój) i społeczne (np. niższa jakość życia w tym wycofanie społeczne, dłuższy czas trwania zaburzenia) i liczne inne komplikacje związane z zaburzeniem (por. Corrigan, 2011). Mężczyźni dysponują także mniejszą wiedzą na temat ED i wykazują słabszy wgląd w rozwój zaburzenia, a co za tym idzie – późno zgłaszają się po pomoc. Diagnoza zaburzeń odżywiania wydaje się też trudniejsza u mężczyzn niż u kobiet, gdyż mężczyźni rzadziej uciekają się do tak restrykcyjnych metod kontroli wagi jak czynią to kobiety. Natomiast epizody objadania się, które w przypadku kobiet uchodzą za nieprawidłowe lub niewłaściwe, wśród mężczyzn bywają sankcjonowane (Maine, Bunnell, 2010; Liu i in., 2022).

Bąk (2008, za: Ricardelli, McCabe, 2004; por. Chamay-Weber i in., 2005) wskazuje, że międzypłciowe różnice w częstości występowania zaburzeń stają się jednak mniej wyraźne, jeśli rozważy się obecność jedynie wybranych objawów, typowych dla zaburzeń odżywiania konkretnego typu (*partial syndrome eating disorders*). W tym kontekście autor (2008) sugeruje, iż może lepszym estymatorem występowania zaburzeń w populacji mężczyzn jest oszacowanie ich występowania na podstawie diagnozy opartej jedynie na części objawów.

Uwarunkowania

Jak już wspomniałam, badacze weryfikujący uwarunkowania ED w populacji mężczyzn akcentują znaczenie nadmiernej masy ciała, stosunku do ciała i wyglądu, aktywności fizycznej, orientacji seksualnej, oddziaływania mediów i współwystępowania uzależnień.

Orientacja płciowa i uwarunkowania osobowościowe

Istotną kwestią w rozwijaniu symptomów ED w populacji mężczyzn jest orientacja seksualna. Doniesienie Cella i współpracowników (2010) dokumentuje, iż orientacja homoseksualna wiąże się z większym niezadowoleniem z ciała i nieprawidłowymi zachowaniami jedzeniowymi u mężczyzn, w szczególności wśród tych, którzy twierdzili, że nie są w związku sentymentalnym. Badania dotyczące mniejszości seksualnych na męskiej próbie liczącej 2733 mężczyzn (Murray i in., 2018; por. Moufaward i in., 2024) ujawniały pozytywną korelację między używaniem mediów społecznościowych a niezadowoleniem z ciała, objawami zaburzeń odżywiania i używaniem, czy też zamiarem używania sterydów anabolicznych. Udokumentowano (podobnie jak w przypadku kobiet) silne związki między korzystaniem z platform zorientowanych na wizerunek (np. Instagram) z niezadowoleniem z wyglądu i muskulatury ciała, jak i z objawami zaburzeń odżywiania.

Ray (2007) wykazał, iż młodzi homoseksualni i biseksualni mężczyźni znacznie częściej pościli, wymiotowali, przyjmowali środki przeczyszczające i specyfiki dietetyczne służące kontroli masy ciała niż ich heteroseksualni rówieśnicy. Autor twierdzi, iż u homoseksualnych i biseksualnych mężczyzn znacznie częściej występuje pełnoobjawowa bulimia psychiczna oraz subkliniczne postaci innych zaburzeń odżywiania. Z kolei Feldman i Meyer (2007) dowiedli, że 15% homoseksualistów i biseksualistów oraz 4,6% heteroseksualnych mężczyzn w pewnym momencie swojego życia ujawniało pełno- lub niepełnoobjawowe zaburzenia odżywiania. Także osoby transseksualne znacznie częściej zgłaszały diagnozę zaburzeń odżywiania w roku poprzedzającym badanie (Diemer i in., 2015). Dane te pozostają w sprzeczności z wynikami badań dotyczących kobiet bi- i homoseksualnych, gdyż w ich populacji nie obserwuje się istotnych statystycznie różnic w zakresie zapadalności na zaburzenia odżywiania (Ray, Nicholas, 2007). Chociaż zaburzenia odżywiania dotyczą częściej mężczyzn, którzy identyfikują się jako homoseksualni lub biseksualni, to jednak większość mężczyzn z zaburzeniami odżywiania jest heteroseksualna (Strother i in., 2012).

Mężczyźni z rozpoznaniem ED są często naznaczeni jako „zniewieściali” i sami w ten sposób siebie spostrzegają (Bunnell, 2010), a tego rodzaju piętno wiąże się z nasiloną psychopatologią, dłuższym czasem trwania choroby i silniejszą autostygmatyzacją (Murray in., 2016; por. Pearl i in., 2023). W ramach współlistniejącej z ED patologii najczęściej odnotowuje się depresję (nieco częściej u kobiet), zaburzenia osobowości oraz stany lękowe oraz zaburzenia

związane z używaniem substancji psychoaktywnych i uzależnieniem od alkoholu (przede wszystkim u mężczyzn) (Dunn i in., 2002; Weltzin i in., 2012). Według „American Psychiatric Association” (2006) 57% mężczyzn z zaburzeniami odżywiania wykazuje objawy nadużywania substancji, w porównaniu z 28% kobiet. Jak już wspomniano, ze względu na tendencję do niediagnozowania ED u mężczyzn, wielu z nich jest leczonych tylko z powodu nadużywania substancji, podczas gdy problemy związane z jedzeniem i ciałem są w terapii pomijane (Costin, 2007).

Istotną rolę w rozwijaniu symptomów ED w populacji mężczyzn odgrywa wykorzystanie seksualne. Doświadczyło go w przeszłości około 30% mężczyzn z ED (Connors, Worse, 1993). Dane na ten temat są prawdopodobnie zaniżone z powodu nieproporcjonalnie dużej ilości wstydu i stygmatyzacji, które towarzyszą tego rodzaju przemocy stosowanej wobec mężczyzn i dokonywanej też przez mężczyzn w większym stopniu. Zaburzenia odżywiania (przede wszystkim anoreksja psychiczna) u ofiar przemocy seksualnej są sposobem na zaprzeczanie swojej seksualności, męskości i unikanie kontaktów seksualnych. Z kolei rozwijanie symptomów dysmorfii mięśniowej służy zaakcentowaniu atrybutów swej płci (w tym siły wyrażającej się w rozbudowanych mięśniach), co ma chronić mężczyznę przed stanieniem się po raz kolejny ofiarą tego rodzaju nadużycia (Morgan, 2008; Bégin i in., 2019; Lennon i in., 2021).

Percepcja wyglądu i wizerunek ciała

Percepcja ciała wśród mężczyzn obejmuje różnorodne aspekty, w tym niezadowolenie z wyglądu, presję społeczną na posiadanie określonej sylwetki oraz wpływ mediów społecznościowych na samopoczucie i zachowania związane z ciałem. W badaniach często używa się kwestionariuszy takich jak Appearance Schemas Inventory-Revised (ASI-R) (Troisi, 2020) oraz Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) (Compte i in., 2022), które oceniają różne aspekty związane z percepcją ciała i zaburzeniami dysmorficznymi. Wyniki badania nad kwestionariuszem Body Image Dissatisfaction (BID) (Poraj-Weder i in., 2024) wskazują na istotne czynniki ryzyka dla zaburzeń odżywiania i dotyczą zarówno zaburzeń percepcyjnych (np. zniekształcone postrzeganie ciała), jak i attitudinalnych (np. niezadowolenie z wyglądu).

U mężczyzn cierpiących na zaburzenia odżywiania częściej niż u kobiet odnotowuje się nadmierną masę ciała przed rozwinięciem symptomów zaburzenia, jednak celem ich zabiegów związanych ze sferą jedzenia i ciała nie

jest zmniejszenie ogólnej masy, a uzyskanie odpowiednich proporcji sylwetki, choć wskazuje się tu, że heteroseksualni mężczyźni częściej wyrażają chęć zwiększenia masy mięśniowej, a homoseksualni mężczyźni mają tendencję do dążenia do redukcji masy ciała (Pope i in., 2000; Striegel-Moore i in., 2009; Ahuja, 2024). Fakt ten pozostaje w sprzeczności wobec tendencji do osiągnięcia szczupłości, która służy jako podstawa kryteriów diagnostycznych ED (Lavander i in., 2017). W społeczeństwach zachodnich istnieją bowiem istotne różnice w zakresie żeńskiego i męskiego wzorca atrakcyjności z uwagi na jego masę: ciało kobiece powinno być szczupłe, zaś męskie muskularne, o niskiej zawartości tłuszczu, w kształcie litery V (Pope i in., 2000; Popek i in., 2011). Tym samym mężczyźni bardziej niż kobiety koncentrują się na muskulaturze ciała, jej powiązaniu z siłą i dominacją, utożsamianych z szeroko rozumianą męskością. Kobiety z kolei w większym stopniu skupiają się na aspektach cielesności związanych z tkanką tłuszczową (np. biust, pośladki, brzuch), a także ich powiązaniu z płodnością oraz znaczeniem kulturowym i biologicznym (Bąk, 2008; por. Murray i in., 2016; Griffiths, Yager, 2019).

Badacze wskazują jednak, iż dojrzewający chłopcy, w porównaniu z młodymi kobietami, ujawniają większe zadowolenie z własnej cielesności (Murray i in., 2016; Ahuja, 2024). Dziewczęta wchodzące w okres dojrzewania (zarówno punktualnie, jak niepunktualnie) są bardziej zagrożone brakiem satysfakcji z własnego ciała, jego masy, proporcji oraz ogólnego wyglądu, natomiast u chłopców to przede wszystkim ci, którzy późno rozpoczynają okres pokwitania częściej komunikują brak satysfakcji z ciała, jego masy i wzrostu.

Zauważa się także różnice dotyczące stosowania zachowań kompensacyjnych służących regulacji masy ciała i korygowaniu jego proporcji z uwagi na płeć. U mężczyzn są to przede wszystkim intensywne ćwiczenia fizyczne i post, podczas gdy u kobiet wymioty i nadużywanie środków przeczyszczająco-moczopędnych (Valente i in., 2017). W przekonaniu Bunella (2010) klinicyści bagatelizują uporczywe ćwiczenia fizyczne w grupie mężczyzn (jako potencjalnie czynność kompensacyjną), bowiem wysiłek fizyczny i dbałość o muskulaturę w naszym społeczeństwie jest uznawany za właściwy i służący zdrowiu. Sytuacja ta wskazuje, iż zróżnicowany płciowo obraz satysfakcji z własnego ciała nie wynika wprost z płci biologicznej, ale z ról płciowych, co wiąże się ze wspomnianą stereotypizacją wizerunku męskiego i kobiecego ciała i wyglądu (Jackson i in., 1988, za: Bąk, 2008, s. 171).

Ustosunkowanie do własnego ciała to także wynik oddziaływania wzorców społeczno-kulturowych kreowanych przez kulturę popularną oraz media, które odgrywają znaczącą rolę w postrzeganiu tego, jak powinno wyglądać

„idealne” męskie ciało. Obecnie standard ten – jak wspomniano – uwzględnia siłę i muskularność, w tym wąską talię, dobrze rozwiniętą klatkę piersiową, barki i ramiona. Wizerunek ten, podobnie jak ideał piękna kobiety, może stać się zarówno punktem odniesienia w ocenie własnej fizyczności i atrakcyjności, jak i wzbudzać motywację do zmiany kształtów i proporcji własnego ciała (Sharp i in., 1994; Hobza i in., 2007; Moufawad i in., 2024).

U mężczyzn jednym ze sposobów modelowania sylwetki są wyťažające i wyniszczające ćwiczenia fizyczne o charakterze uzależniającym określane też mianem *anorexia athletica* (Morgan i in., 2008; Ströhle, 2019; Vasiliu, 2023). Sportowcy są grupą podwyższonego ryzyka dla zaburzeń odżywiania, mimo że często raportują mniejsze problemy z percepcją ciała w porównaniu z osobami nieaktywnymi fizycznie. Wysoki wskaźnik masy ciała (BMI) i procent tłuszczu w ciele (% BF) są silnie związane z większym niezadowoleniem z ciała wśród sportowców. Zależności te są szczególnie widoczne w sportach, gdzie wygląd ciała odgrywa kluczową rolę w ocenie i wynikach. W badaniach odnotowano, iż problem zaburzeń odżywiania u osób uprawiających sport dotyczy 20.1% kobiet z ED i 7.7% mężczyzn z ED w odniesieniu do 0.5% i 9% mężczyzn i kobiet z grupy kontrolnej (por. Bennet, 2016).

Obsesyjne zaabsorbowanie wyglądem zewnętrznym, w tym jego muskulaturą, masą ciała, oraz stosowanie rozmaitych diet i środków mających wspomóc rozwój tkanki mięśniowej (np. sterydów anabolicznych) częściej niż kobiety predystynują mężczyzn do rozwijania dysmorfii mięśniowej (*muscle dysmorphia*, MD), zwanej niekiedy bigoreksją lub „odwróconą anorexią” (Czepczor, Brytek-Matera, 2017; Bégin i in., 2019; Lennon, Johnson, 2021). Wskazuje się, że społeczne naciski na osiągnięcie promowanej przez media idealnej sylwetki odgrywają kluczową rolę w rozwoju dysmorfii mięśniowej. Mężczyźni, którzy wewnętrznie przyjmują te ideały, są bardziej narażeni na niezadowolenie ze swojego ciała i podejmowanie drastycznych działań w celu jego zmiany. Badania prowadzone przez Convertina i jego zespół (Convertino i in., 2022) na 452 mężczyznach w wieku od 18 do 35 lat w odniesieniu do internalizacji ideałów dotyczących męskości (szczupłości i muskularności) oraz ich związku z niezadowoleniem z ciała, objawami zaburzeń odżywiania i objawami dysmorfii mięśniowej, wskazują m.in., że dążenie do zwiększenia masy mięśniowej (ang. *drive for size*) było najwyższe u mężczyzn, którzy silnie internalizowali zarówno ideał szczupłości, jak i muskularności. To oznacza, że te dwa ideały mogą działać synergicznie, prowadząc do zwiększonej presji na budowanie masy mięśniowej przy jednoczesnym utrzymaniu niskiego poziomu tłuszczu w ciele. Z kolei w kontekście interakcji między internalizacją

szczupłości i muskularności wyniki sugerują, że mężczyźni, którzy wysoko internalizują oba te ideały, mogą być bardziej narażeni na rozwój niezdrowych zachowań związanych z budowaniem mięśni, takich jak nadużywanie suplementów, stosowanie sterydów anabolicznych lub ekstremalne programy treningowe.

Potrzeba podejścia interdyscyplinarnego i wieloaspektowego

Wiemy już, że zaburzenia jedzenia są wielowymiarowe z natury, że są wynikiem oddziaływania sił tkwiących w kulturze, rodzinach i w samych jednostkach. Stąd ich leczenie powinno być kompleksowe i zróżnicowane. Zasadniczym celem jest nie tylko przywrócenie lub wyrobienie prawidłowych nawyków żywieniowych, ale też zmiana na poziomie przekonań, emocji, wewnętrznych konfliktów i podejmowanych działań, czy budowania satysfakcjonujących relacji z otoczeniem (por. Mroczkowska i in., 2007, s. 86–92; Mroczkowska, Ziółkowska, 2011, s. 94–103; Cron i in., 2023).

Po pierwsze, jak wskazuje M. Starzomska (2006, s. 398) w praktyce różnorodność zaburzeń odżywiania wyraża się różnorodnością poglądów na temat ich leczenia. Tym samym sposób pracy zależy od podejścia i warsztatu terapeuty. Wybór określonej koncepcji wpływa na wybór strategii i technik terapeutycznych oraz często też na formy pracy (np. indywidualna, grupowa, rodzinna) i na specyfikę oraz przebieg spotkań, sposób rozumienia symptomów i innych problemów chorego, a także refleksję nad procesem zdrowienia. Równocześnie każdy pacjent wymaga indywidualnego podejścia uwzględniającego obraz kliniczny choroby, przebieg i czas trwania choroby, motywację do leczenia oraz możliwości i zakres współpracy. Najczęściej stosowane w leczeniu zaburzeń odżywiania podejścia terapeutyczne to terapia poznawczo-behawioralna (CBT) i rozszerzona terapia poznawczo-behawioralna (CBT-E), terapia dialektyczno-behawioralna (DBT), terapia rodzinna, psychoterapia psychodynamiczna czy terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) – (por. Abbate i in., 2016; Jewell i in., 2016; Minati i in., 2018; Gorell i in., 2019; Brown i in., 2020; Kaidesoja i in., 2023).

Po drugie, zaprezentowany przegląd badań pokazywał, że mimo istnienia wspólnych kryteriów diagnostycznych, zaburzenia odżywiania mają nieco odmienną specyfikę (objawy i przebieg) w zależności od płci. Różnice w obrazie klinicznym zaburzeń odżywiania między kobietami a mężczyznami są

znaczące i wymagają dostosowanego podejścia w diagnostyce i modelach leczenia. Dla przykładu, kobiety częściej doświadczają presji społecznej dotyczącej szczupłości, mężczyźni z kolei częściej koncentrują się na budowaniu masy mięśniowej i mogą doświadczać niezadowolenia z ciała w odniesieniu do tej kwestii.

Zarówno wobec mężczyzn, jak i kobiet z ED stosuje się podobne procedury lecznicze, jednak ci pierwsi walczą o uznanie roli płci w terapii i innych formach leczenia zaburzeń odżywiania (Maine i in., 2010). Rozumienie i akceptowanie męskości wydaje się zatem ważnym tematem szerokich oddziaływań pomocowych (edukacji, psychoterapii, socjoterapii), podkreślając potrzebę dalszych badań i dostosowania programów oddziaływań i leczenia do specyficznych potrzeb każdej płci oraz różnorodnych tożsamości płciowych (Greenberg, Schoen, 2008). Tym samym skuteczne leczenie mężczyzn z zaburzeniami odżywiania powinno obejmować interwencje specyficzne dla płci, takie jak terapia ukierunkowana na dysmorfie mięśniową (*muscle dysmorphia*), programy socjoterapeutyczne – w tym edukacyjne i rozwojowe (Koperna, 2020, s. 41; por. Jankowiak, Soroko 2013, s. 84–95; Jankowiak, Soroko, 2021; Wilk, 2023). Weltzin i współpracownicy (2005) wskazują wręcz na potrzebę i znaczenie grupowych programów terapeutycznych i socjoterapeutycznych przeznaczonych wyłącznie dla mężczyzn, aby zapewnić im komfort i bezpieczeństwo ujawniania swoich problemów, m.in. tych dotyczących doświadczania przemocy (w tym seksualnej) bez narażenia się na śmieszność, zdziwienie itp., ale także, by dać mężczyznom możliwość nabywania określonych zachowań i umiejętności pozwalających na efektywne funkcjonowanie w grupie i społeczeństwie, pomoc mężczyznom w rozwijaniu umiejętności społecznych i emocjonalnych, ułatwiając nawiązywanie relacji oraz doskonalenie ich osobistych zdolności i cech (por. Koperna, 2020).

Podsumowanie i rekomendacje

Choć zaburzenia odżywiania statystycznie częściej pojawiają się w populacji kobiet, to ich liczba wśród mężczyzn rośnie, a ponadto widoczne są różnice w obrazie klinicznym, objawach i współistniejącej z ED patologii z uwagi na płć (Valente i in., 2017). Najistotniejsze cechy zaburzeń odżywiania u mężczyzn to:

1. Większa niż w przypadku kobiet (auto)stygmatyzacja wynikająca z ujawniania symptomów zaburzeń odżywiania.

2. Dłuższa diagnostyka (niż w przypadku kobiet) kończąca się prawidłowym rozpoznaniem, a co za tym idzie – wdrożeniem odpowiednich form pomocy.

3. Wzrastający odsetek ED u mężczyzn – sportowców, z osobowością lękową, otyłych w dzieciństwie czy osób hetero nienormatywnych.

4. Wysokie prawdopodobieństwo występowania u mężczyzn z ED współistniejących zaburzeń dymorficznych i uzależnień substancjalnych.

5. Nadmierna troska o wygląd takich części ciała jak brzuch, klatka piersiowa, ramiona, ręce oraz wzmożona aktywność fizyczna służąca kreowaniu cielesności.

Wydaje się, że wyróżnienie odrębnych (specyficznych) kryteriów diagnozy ED z uwagi na płeć pacjentów mogłoby ułatwić diagnozę zaburzeń, a to z kolei przyspieszyć planowanie i wdrażanie działań interwencyjnych.

LITERATURA I ŹRÓDŁA INTERNETOWE

- Abbate-Daga, G., Marzola, E., Amianto, F., Fassino, S. (2016). A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders. *Eating and weight disorders*, 21(4), 553–580. Pobrano z: <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0265-9>.
- Ahuja, L., Schneider, J., Budhreja, B., Diedrichs, P.C., Williamson, H. (2024). A Systematic Review Exploring the Effectiveness of Body Image Interventions Among Boys. *Adolescent Research Review*. Pobrano z: <https://doi.org/10.1007/s40894-024-00246-y> [dostęp: 2024.08.02].
- American Psychiatric Association. (2006). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1–54.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bardone-Cone, A., Alvarez, A., Gorlick, J., Koller, K., Thompson, K., Miller, A. (2019). Longitudinal follow-up of a comprehensive operationalization of eating disorder recovery: Concurrent and predictive validity. *International Journal of Eating Disorders*, 52(9), 1052–1057. Pobrano z: <https://doi.org/10.1002/eat.23128>.
- Badura-Brzoza K., Dębski P., Głowczyński P., Ścisło P., Piegza M., Błachut M., Gorczyca P. (2023). Ocena postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi wśród studentów medycyny – doniesienie wstępne. *Psychiatria Polska*, 57(5), 1077–1098. Pobrano z: <https://doi.org/10.12740/PP/152318>.
- Bąk, D. (2008). Zaburzenia odżywiania się u mężczyzn. *Psychiatria Polska*, XLII, 2, 167–178.
- Beaumont, P.J. V., Beardwood, C.J., Russell, G.F.M. (1972). The occurrence of the syndrome of anorexia nervosa in male subjects. *Psychological Medicine*, 2, 216–231, Pobrano z: <https://doi.org/10.1017/s0033291700042513>.
- Bégin, K., Turcotte, O., Rodrigue, Ch. (2019). Psychosocial factors underlying symptoms of muscle dysmorphia in a nonclinical sample of men. *Psychiatry Research*, 272, 319–325. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.120>.

- Bennett, K. (2016). *Eating Disorders in Athletes*. W: J. Fries, V. Sullivan (red.), *Integrative Psychological, Medical, and Nutritional Approaches to the Treatment of Eating Disorders*. Pobrano z: https://appliedsportpsych.org/site/assets/files/1113/aas-pedsig-detection_referral_guidelines-final.pdf.
- Brown, T.A., Wisniewski, L., Anderson, L.K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Eating Disorders: State of the Research and New Directions. *Eating disorders*, 28(2), 97–100. Pobrano z: <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1728204>.
- Brown, A.T., Keel, K.P. (2023). Eating Disorders in Boys and Men. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 177–205. Pobrano z: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080921-074125>.
- Cella, S., Iannaccone, M., Ascione, R., Cotrufo, P. (2010). Body dissatisfaction, abnormal eating behaviours and eating disorder attitude in homo- and heterosexuals. *Eating and Weight Disorders*, 15(3), 180–185.
- Chamay-Weber, C., Narring, F., Michaud A-P., (2005). Partial eating disorder among adolescent: a review. *Journal Adolescent Health*, 37(5), 417–27. Pobrano z: <https://10.1016/j.jadohealth.2004.09.014>.
- Compte, J.E., Cattle, J.Ch., Lavender, M.J., Brown, A.T., Murray, B.S., Capriotti, R.M., Flentje, A., Lubensky, E.M., Obedin-Maliver, J., Lunn, R.M., Jason, M. Nagata, M.J. (2022). Psychometric evaluation of the muscle dysmorphic disorder inventory (MDDI) among gender-expansive people. *Journal of Eating Disorders*, 10(95).
- Connors, M.E., Worse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 1–11.
- Convertino, D.A., Elbe, C.I., Mendoza, R.R., Calzo, J.P., Brown, A.T., Siegel, J.A., Corliss, H.L., Blashill, A.J. (2022). Internalization of muscularity and thinness ideals: Associations with body dissatisfaction, eating disorder symptoms, and muscle dysmorphic symptoms in at risk sexual minority men. *International Journal Eating Disorder*, 55, 1765–1776. Pobrano z: <https://doi.org/10.1002/eat.23829>.
- Corrigan, P.W., Rafacz, J., Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness, *Psychiatry Research*, 189, 339–343. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>.
- Costin, C. (2007). *The eating disorder sourcebook* (3rd ed.). New York: McGraw Hill.
- Crisp, A.H., Burns, T. (1990). Primary anorexia nervosa in the male and female: a comparison of clinical features and prognosis. W: A.E. Andersen (red.), *Males with eating disorders*, wyd. 1, 77–99. New York: Brunner-Routledge. Pobrano z: <https://doi.org/10.4324/9781315825892>.
- Crisp, A.H. (2005). Stigmatization of and discrimination against people with eating disorders including a report of two nationwide surveys. *European Eating Disorders Review*, 13(3), 147–152. Pobrano z: <https://doi.org/10.1002/erv.648>.
- Crisp, A., Gelder M., Goddard E., Meltzer H. (2005a). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists, *World Psychiatry* 4(2), 106–113.
- Crone, C., Anzia, D.J., Fochtmann, L.J., Dahl, D. (2023). The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders,

- American Psychiatric Association. Pobrano z: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890424865> [dostęp w dniu: 10.07.2024].
- Czepczor, K., Brytek-Matera, A. (2017). *Jedzenie pod wpływem emocji*. Warszawa: Wydawnictwo Difin..
- Dunn, E., Larimer, M., Neighbors, C. (2002). Alcohol and drug-related negative consequences in college students with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 171–178.
- Diemer, E.W., Grant, J.D., Munn-Chernoff, M.A., Patterson, D.A., Duncan, A.E.(2015). Gender Identity, Sexual Orientation, and Eating-Related Pathology in a National Sample of College Students. *Journal of Adolescent Health*, 57(2), 144–149. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.003>.
- Eisenberg, D., Speer, N., Hunt, J.B. (2012). Attitudes and beliefs about treatment among college students with untreated mental health problems. *Psychiatric Services*, 63(7), 711–713. Pobrano z: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100250>.
- Feldman, M.B., Meyer, I.H. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 218–226.
- Fichter, M.M., Krenn, H. (2003). *Eating disorders in males*. W: J. Treasure, U. Schmidt, E. van Furth (red.), *Handbook of Eating Disorders* (2nd ed.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Gorrell, S., Murray, S.B. (2019). Eating Disorders in Males. *Child and Adolescence Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 641–651. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.012>.
- Gorrell, S., Loeb, K.L., Le Grange, D. (2019). Family-based Treatment of Eating Disorders: A Narrative Review. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(2), 193–204. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.004>.
- Gruszka, M., Kudela G., Koszutski T. (2019). Stygmatyzacja pacjentów z nieprawidłową masą ciała przez personel medyczny – badania pilotażowe. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 4(61). Pobrano z: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.64>.
- Jankowiak, B.A., Soroko, E. (2021). *Socjoterapia młodzieży. Studium psychologiczno-pedagogiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- 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* (s. 83-105). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., Eisler, I. (2016). Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders: A Critical Review. *Family process*, 55(3), 577–594. Pobrano z: <https://doi.org/10.1111/famp.12242>.
- Kaidesoja, M., Cooper, Z., Fordham, B. (2023). Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A map of the systematic review evidence base. *The International Journal of eating disorders*, 56(2), 295–313. Pobrano z: <https://doi.org/10.1002/eat.23831>.
- Kochański A., Cechnicki A. Postawy polskich psychiatrów wobec osób chorujących Psychiczenie, *Psychiatria Polska*, 2017, 51(1), 29–44. Pobrano z: <https://doi.org/10.12740/PP/62400>.

- Koperna P. (2020). *Sociotherapy as a support for social and emotional development of preschoolers and elementary school children*. W: E. Silva, C. Pais, L.S. Pais (red.), *Teaching Crossroads: 15th and 16th IPB Erasmus Weeks*. Braganca: Instituto Politecnico.
- Krenn, H. (2003). *Eßstörungen bei Männern: Charakteristika des Verlaufs von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern im Vergleich zu einer weiblichen Stichprobe* (doctoral dissertation in German). Pobrano z: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2004/0101/pdf/dhk.pdf> [dostęp: 10.07.2024].
- Lavender, J.M., Brown, T.A., Murray, S.B. (2017). *Men, Muscles, and Eating Disorders: An Overview of Traditional and Muscularity-Oriented Disordered Eating*. *Current Psychiatry Reports*, 19(6), 32. Pobrano z: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0787-5>.
- Lennon1, S.J., Kim, K. Johnson, P. (2021). *Men and muscularity research: a review*. *Fash Text* 8(20). Pobrano z: <https://doi.org/10.1186/s40691-021-00245-w>.
- Liu, L., Hay, P., Conti, J. (2022). *Perspectives on barriers to treatment engagement of people with eating disorder symptoms who have not undergone treatment: a qualitative study*. *BMC Psychiatry*, 22, 239. Pobrano z: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03890-7>.
- Longobardi, C., Prino, L.E., Angelo, M., Settanni, F.M. (2017). *Muscle dysmorphia and psychopathology: Findings from an Italian sample of male bodybuilders*. *Psychiatry Research*, 256, 231–236. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.065>.
- MacNeil, B.A., Hudson, C.C., Leung, P. (2018). *It's raining men: descriptive results for engaging men with eating disorders in a specialized male assessment and treatment track (MATT)*. *Eating and Weight Disorders*, 23, 817–824. Pobrano z: <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0586-y>.
- Maine, M., Bunnell, D. (2010). *Eating disorders in men*. W: M. Maine, B. McGilley, D. Bunnell (red.), *Treatment of eating disorders. Between science and practice* (s. 3–18). Amsterdam, London, Heidelberg: Elsevier.
- Miniati, M., Callari, A., Maglio, A., Calugi, S. (2018). *Interpersonal psychotherapy for eating disorders: current perspectives*. *Psychology research and behavior management*, 11, 353–369. Pobrano z: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S120584>.
- Mitchison, D., Mond, J., Bussey, K., Griffiths, S., Trompeter, N., Lonergan, A., Pike, K.M., Murray, S.B., Hay, P. (2019). *DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: Prevalence and clinical significance*. *Psychological Medicine*, 50(6), 981–990. Pobrano z: <https://doi.org/10.1017/S0033291719000898>.
- Mond, J., Mitchison, D., Hay, P. (2014). *Eating disordered behavior in men: Prevalence, impairment in quality of life, and implications for prevention and health promotion*. W: L. Cohn, R. Lemberg (red.), *Current Findings on Males with Eating Disorders*, 195–215. Abingdon-on-Thames: Taylor & Francis. Pobrano z: <https://doi.org/10.4324/9780203495650>.
- Moufawad, M., Hoque, A., Kells, M., Sonnevile, K.R., Hahn, S.L. (2024). *Social media use and weight bias internalization: association moderated by age and weight per-*

- ception, *Journal of Eating Disorders*, 12(84). Pobrano z: <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01043-7>.
- Mroczkowska, D., Ziółkowska B., Cwojdzńska, A. (2007). *Zaburzenia odżywiania. Poradnik dla rodziców i bliskich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Mroczkowska, D., Ziółkowska B. (2011). *Bulimia od A do Z. Kompendium wiedzy dla rodziców, nauczycieli i wychowawców*. Warszawa: Wydawnictwo Diffin.
- Nowogrodzka, A., Piasecki, B. (2012). *Zaburzenia odżywiania – różnice międzypłciowe*, *Nowiny Lekarskie*, 81(4), 381–385.
- Pearl, L.R., Austin, S.B., Jebeile, H., D'Adamo, L., Wilfley, D. (2023). Opportunities to advance research, intervention, and policy on stigma, eating disorders, and body image. *Journal of Eating Disorders*, 11(132). Pobrano z: <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00857-1>.
- Poraj-Weder, M., Szulawski, M., Rogoza, R., Jasielska, D., Pios, A. (2024). Appearance Schemas Inventory – Revised: Validation on Polish sample. *Annals of Psychology*, 1, 27(24), 27–48. Pobrano z: <https://doi.org/10.18290/rpsych2024.0002>.
- Pearl R.L., Bryn Austin S., Jebeile H., D'Adamo L., Wilfley D.E. (2023). Opportunities to advance research, intervention, and policy on stigma, eating disorders, and body image. *Journal of Eating Disorders* 11(132). Pobrano z: <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00857-1>.
- Quaddflieg, N., Strobel, C., Naab, S., Voderholzer, U., Fichter, M.M. (2019). Mortality in males treated for an eating disorder – a large prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 52(12), 1365–1369. Pobrano z: <https://doi.org/10.1002/eat.23135>.
- Striegel-Moore, R., Bulik, C. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181–198.
- Ströhle, A. (2019). Sports psychiatry: mental health and mental disorders in athletes and exercise treatment of mental disorders. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269, 485–98. Pobrano z: <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0891-5>.
- Starzomska, M. (2006). *Psychoterapia osób z zaburzeniami odżywiania*. W: L. Grze-siuk (red.), *Psychoterapia. Praktyka. Podręcznik akademicki* (s. 398). Warszawa: Eneteia.
- Troisi, A. (2020). *Body Image and Body Dissatisfaction*. W: *Bariatric Psychology and Psychiatry*. Cham: Springer. Pobrano z: https://doi.org/10.1007/978-3-030-44834-9_4.
- Valente, S., Di Girolamo, G., Forlani, M., Biondini, A., Scudellari, P., De Ronchi, D., Atti, A.R. (2017). Sex-specific issues in eating disorders: a clinical and psychopathological investigation. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 707–715.
- Vasiliu, O. (2023). Current trends and perspectives in the exploration of anorexia athletica-clinical challenges and therapeutic considerations, *Frontier Nutrition*, 10. Pobrano z: <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1214398>.
- Weltzin, T.E., Cornella-Carlson, T., Fitzpatrick, M.E., Kennington, B., Bean, P., Jefferies, C. (2012). Treatment issues and outcomes for males with eating disorders. *Eating*

- Disorders, 20(5), 444–459. Pobrano z: <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715527>.
- Westerberg, D.P., Waitz, M. (2013). Binge-eating disorder. *Osteopathic Family Physician*, 5(6), 230–233.
- Wilk, M. (2023). Cztery oblicza socjoterapii. *Biuletyn Socjoterapeutyczny*, 1, 43–56.
- Wisting, L., Bang, L., Rø, Ø. (2015) Adolescents with T1D – The impact of gender, age, and health-related functioning on eating disorder psychopathology. *PLOS ONE*, 10(11). Pobrano z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141386>.
- Zhao, Y., Encinosa, W. (2011). An Update on Hospitalizations for Eating Disorders, 1999 to 2009. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs. Pobrano z: <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb120.pdf> [dostęp: 20.06.2024].

SYLWIA JAKULSKA

ORCID: 0000-0002-3454-7894
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

MATEUSZ MARCINIAK

ORCID: 0000-0002-7131-626X
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

KATARZYNA FORECKA-WAŚKO

ORCID: 0000-0001-8133-5512
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

MICHALINA KASPRZAK

ORCID: 0000-0003-4106-6391
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

METODA DRAMY EDUKACYJNEJ PODCZAS ZAJĘĆ DOTYCZĄCYCH BUDOWANIA POSTAW INKLUZYJNYCH DLA PRZYSZŁYCH NAUCZYCIELEK I NAUCZYCIELI

STRESZCZENIE

Drama to metoda pracy z grupą, która znajduje zastosowanie w różnych kontekstach, od terapeutycznych po edukacyjne. Umożliwia uczestnikom i uczestniczkom eksplorację rozmaitych tematów, procesów grupowych, a także własnych doświadczeń w ekscytujący, bazujący na przeżywaniu sposób, dlatego w edukacji może być wykorzystywana w pracy z tak zwanymi trudnymi tematami (wykluczenie rówieśnicze, profilaktyka uzależnień itp.). Celem tekstu jest analiza kursu „Drama Method for Social Inclusion in Teaching Practices”, który jest dostępny w ofercie dla studentów i studentek zagranicznych studiujących na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, przygotowujących się do pracy w zawodzie nauczyciela. Kurs wyposaża w kompetencje do wykorzystania dramy edukacyjnej w pracy z tematem wykluczenia i inkluzji społecznej w szkole, może być zatem inspirujący także w pracy socjoterapeutycznej.

Słowa kluczowe: metoda dramy, inkluzja społeczna, praktyka edukacyjna

THE EDUCATIONAL DRAMA METHOD: CLASSES ON BUILDING INCLUSIVE ATTITUDES FOR FUTURE TEACHERS

ABSTRACT

Drama is a method of working with groups that finds application in various contexts, ranging from therapeutic to educational. It allows participants to explore a variety of topics, group processes, and their own experiences in an engaging, experiential manner. Therefore, in education, it can be used to address so-called difficult topics (such as exclusion, addiction prevention, etc.). The purpose of this text is to analyze the course "Drama Method for Social Inclusion in Teaching Practices," designed for international students studying at Adam Mickiewicz University in Poznań, who are pre-service teachers. The course equips participants with the competencies to use educational drama in addressing the issues of social exclusion and inclusion in schools, and it can also serve as an inspiration in socio-therapeutic work.

Keywords: drama method, social inclusion, educational practice

Wprowadzenie

Metoda dramy jest jedną z technik terapeutycznych, socjoterapeutycznych i edukacyjnych, wykorzystującą elementy teatralne do pracy z emocjami, doświadczeniami i wiedzą osób uczestniczących w zajęciach (Schraiber, Yaroslavova, 2016; Jankowiak, Brzezińska, Soroko, 2024; Jankowiak, Soroko, 2021; Soroko, Jankowiak, 2020; Jankowiak, Soroko, 2013). Umożliwia ona jednostkom wyrażanie siebie, swoich myśli i uczuć, a także rozwijanie umiejętności społecznych oraz zrozumienie własnych zachowań i reakcji. Metoda ta wykorzystuje różne formy ekspresji artystycznej, takie jak odgrywanie ról, improwizację, inscenizację czy pantomimę, głównie teatralne, ale nie wyłącznie (Giebert, 2014; Pankowska, 1997). Drama nie skupia się na produkcji, takim jak na przykład przedstawienie teatralne, ale raczej na procesie terapeutycznym lub edukacyjnym.

Metoda dramy ma swoje korzenie w czasach starożytnych, kiedy teatr był nie tylko formą rozrywki, ale także sposobem wyrażania idei filozoficznych, religijnych czy społecznych oraz terapeutycznym sposobem doświadczania własnych emocji (Schraiber, Yaroslavova, 2016). Jednym z pionierów dramy jako formy terapii był Jacob L. Moreno, austriacki psychiatra i psychoterapeuta, który opracował technikę psychodramy w latach 20. XX wieku (da Penha, Gisler, 2019). Metoda ta polegała na odgrywaniu scen z życia pacjentów, aby pomóc im zrozumieć swoje problemy i znaleźć rozwiązania. Drama to nie tylko metoda terapeutyczna. W tekście

skupimy się na jednym z rodzajów dramy, czyli na dramie edukacyjnej (Isyar, Akay, 2017).

Jednym z prekursorów takiego podejścia był Caldwell Cook, który opisał je w książce *The Play Way: An Essay in Educational Method* (Cook, 1917). W swoim dziele Cook argumentował, że dzieci i młodzież uczą się lepiej, doświadczając i odgrywając rzeczywistość, niż po prostu czytając, słuchając i mówiąc. Cook wykorzystywał dramę jako centralną metodę w nauczaniu języka angielskiego (Bolton, 2007) wierząc, że uczniowie i uczennice mogą zaangażować się bardziej poprzez dramatyzację i występy teatralne. Takie podejście pozwala uczniom zanurzyć się w materiale, co sprzyja głębszemu zrozumieniu i docenieniu go. Dzięki elementom dramy w nauczaniu, uczniowie i uczennice mogą stawać się kreatorami własnego procesu uczenia się. W rezultacie stają się bardziej zainteresowani przedmiotem, co może prowadzić do lepszych wyników w nauce. Dzięki odgrywaniu ról dzieci i młodzież mogą lepiej zrozumieć konteksty historyczne i kulturowe, jednocześnie ćwicząc umiejętności komunikacyjne podczas zajęć.

Inną znaczącą postacią w historii dramy edukacyjnej był Brian Way, autor książki *Development through Drama* (Way, 1998). Way (1998) pokazuje, jak drama jako metoda edukacyjna może kształtować wyobraźnię dzieci i podtrzymywać ich zadziwienie, konieczne do tego, by opracować poznawczo, rozumieć i pamiętać poznawany materiał. Zwraca on uwagę na znaczenie dramy w edukacji jako narzędzia do eksploracji świata, rozwijania empatii oraz umiejętności twórczego myślenia (Dilon, Way, 1981).

Drama w edukacji szkolnej

Współczesna edukacja wykorzystuje metodę dramy jako narzędzie do nauczania różnych przedmiotów. Dzięki bogactwu dostępnych technik drama często znajduje zastosowanie w nauczaniu języków obcych. Na przykład poprzez wcielanie się w role w improwizowanych sytuacjach życiowych buduje się quasi-autentyczne konteksty nauki. Ponadto drama zachęca uczniów do swobodnego wyrażania swoich myśli i emocji w języku obcym (Kovács, 2014).

Metoda dramy jest również przydatna w pracy z literaturą piękną. Uczniowie mogą odgrywać sceny z utworów literackich, co pomaga im zrozumieć postacie, ich motywacje i konflikty. Wprowadzenie inscenizacji na lekcjach języka polskiego czy obcego pomaga uczniom efektywniej

przyswajać treści, angażując ich w interaktywny proces nauki (Dziedzic i in., 1995).

Dramę można także wykorzystywać podczas lekcji historii, aby ożywiać wydarzenia historyczne i społeczne. Uczniowie mogą wcielać się w postacie historyczne, co pozwala im zrozumieć kontekst, motywacje i wpływ tych osób na wydarzenia. Drama w edukacji historycznej pomaga uczniom zrozumieć różnorodne perspektywy oraz wpływ działań na rozwój społeczeństw. Historia, zwłaszcza dla młodszych uczniów, powinna być opowieścią, w którą są zaangażowani. Drama tworzy takie możliwości.

Drama w wychowaniu

Praca z młodymi ludźmi metodą dramy może być skutecznym narzędziem rozwijania kompetencji społecznych, takich jak komunikacja, współpraca i rozwiązywanie konfliktów (Batdi, Elaldi, 2020). Może również wpływać na pewność siebie i samoświadomość. Metoda dramy pozwala uczestnikom odkrywać i wyrażać emocje, które mogą być trudne do opisanie słowami w grupie rówieśniczej. Poprzez odgrywanie ról i improwizację jednostki mogą testować różne scenariusze i podejścia do swoich oraz grupowych problemów. Drama umożliwia dzieciom i młodzieży twórcze i emocjonalne odkrywanie świata, rozwijając ich osobistą wrażliwość, empatię i rozumienie różnych perspektyw (Mardas, Magos, 2020). Improwizacje, inscenizacje i praca z rekwizytami stwarzają przestrzeń do eksperymentowania i rozwijania wyobraźni. Buduje to emocjonalne umiejętności uczestników, pewność siebie i odporność. Drama zapewnia bezpieczne środowisko do wyrażania myśli i uczuć, eksperymentowania z tożsamościami i rozwiązaniami. Ogólnie rzecz biorąc, oferuje wieloaspektowe podejście do wychowania i rozwoju osobistego.

Kiedy pracujemy z grupami zagrożonymi wykluczeniem społecznym (Jaskulska, Poleszak, 2015), metoda dramy może pomóc w budowaniu więzi i zrozumienia wśród uczestników. Oferuje ona możliwości współpracy i dzielenia się doświadczeniami, co może prowadzić do większej akceptacji i integracji. Ponadto drama stwarza bezpieczną przestrzeń do eksplorowania emocji i problemów, umożliwiając młodym ludziom pracę nad osobistymi lub społecznymi wyzwaniem we wspierającej grupie (Jaskulska, Poleszak, 2015; Jaros, 2023).

Zastosowanie metody dramy w edukacji studentek i studentów przygotowujących się do zawodu nauczyciela

Metoda dramy znajduje również zastosowanie w edukacji na poziomie studiów wyższych. Praca ze studentami i studentkami za pomocą tej metody jest wartościowym narzędziem edukacyjnym i terapeutycznym wspomagającym rozwój osobisty, intelektualny i społeczny. Jest stosowana w różnych dziedzinach akademickich, takich jak nauki humanistyczne, społeczne, lingwistyczne (Alam i in., 2023; Tawalbeh i in., 2020), a także w pracy z grupami studentów o zróżnicowanych lub specjalnych potrzebach.

Uczestnicząc w zajęciach dramatycznych studenci mają szansę zastosować swoją wiedzę teoretyczną w praktyce. Symulacje takie często odzwierciedlają rzeczywiste problemy, z jakimi mogą spotkać się w przyszłej pracy zawodowej. Na przykład mogą być postawieni przed wyzwaniem rozwiązywania konfliktów w zespole lub koniecznością podejmowania trudnych decyzji pod presją czasu. W takich warunkach uczą się nie tylko pokonywania trudności, ale także rozumienia, jakie konsekwencje mogą wyniknąć z ich wyborów. Dodatkowo improwizacje dramatowe w grupach rozwijają umiejętność współpracy, ponieważ studenci muszą pracować razem nad wyborem wspólnego rozwiązania problemu. To nie tylko wzmacnia ich umiejętności interpersonalne, ale także uczy, jak zarządzać różnorodnymi zespołami i jak integrować różne perspektywy, co jest kluczowe szczególnie w zawodach związanych z zarządzaniem i kierowaniem ludźmi (Peterková i in., 2022).

Drama odgrywa znaczącą rolę w edukacji przyszłych nauczycieli (Anderson, 2015). Jest zwłaszcza przydatna w rozwijaniu umiejętności przywódczych w grupie, ponieważ pozwala uczestnikom na eksperymentowanie z różnymi stylami kierowania w bezpiecznym, kontrolowanym środowisku. To zapewnia wgląd w dynamikę klasy oraz stwarza możliwość ćwiczenia zarządzania grupą i angażowania uczniów.

Poprzez odgrywanie ról, osoby uczestniczące w zajęciach mogą praktykować podejmowanie trudnych decyzji, delegowanie zadań oraz motywowanie innych członków zespołu. W realnych sytuacjach zawodowych liderzy często muszą stawiać czoła wieloaspektowym problemom, gdzie liczy się nie tylko sam proces decyzyjny, ale także zdolność do szybkiego reagowania na zmieniające się warunki. Zajęcia dramatowe pozwalają rozwijać te umiejętności poprzez odtwarzanie rzeczywistych scenariuszy, co daje uczestnikom możliwość testowania różnych strategii zarządzania i obserwowania ich efektów

w działaniu (Steed, 2005). Dzięki temu mogą oni nie tylko wyciągać wnioski z własnych działań, ale także rozwijać umiejętność refleksji nad postępowaniem innych uczestników, co w dłuższej perspektywie wspomaga ich rozwój jako przyszłych nauczycieli. Drama pozwala także na rozwijanie umiejętności miękkich, takich jak komunikacja, rozwiązywanie konfliktów czy praca zespołowa, które są kluczowe dla efektywnego przywództwa, także w klasie szkolnej.

„Drama Method for Social Inclusion in Teaching Practices” jako przykład zajęć wykorzystujących metodę dramy dla studentek i studentów przygotowujących się do zawodu nauczyciela

Poprzez dramę przyszli nauczyciele mogą angażować się w scenariusze, które stawiają ich w różnych perspektywach i zmuszają do rozważania spraw z różnych punktów widzenia. To pomaga im stać się bardziej wrażliwymi na potrzeby i doświadczenia uczniów z różnych środowisk. Ponadto drama stwarza możliwości eksploracji różnych strategii nauczania w bezpiecznym środowisku oraz rozwijania praktyk inkluzyjnych.

Inkluzyjność i różnorodność to kluczowe kwestie w praktyce nauczania w instytucjach edukacyjnych na wszystkich poziomach. Zgodnie z ogólnymi trendami i procesami globalizacji, społeczeństwa w krajach rozwiniętych i rozwijających się stają się coraz bardziej różnorodne. Procesy nauczania i uczenia się są realizowane w coraz bardziej międzykulturowym i wielokulturowym środowisku (Marciniak, 2017). Jedną z pożądanych kompetencji nauczyciela jest więc zarówno umiejętność pracy z grupą zróżnicowaną, jak i uczenie wartości różnorodności i postaw inkluzyjnych, co wpisuje się w idee edukacji międzykulturowej (Marciniak, Metz, 2023).

Kształtowanie tych kompetencji u przyszłych nauczycieli było jednym z celów projektu Critical Arts Education for Sustainable Societies (CARE/SS)¹. Rolę instytucji koordynującej projekt pełnił Frederick University (FU, Nikozja, Cypr). W projekcie uczestniczyły cztery uczelnie partnerskie: Aristotle University of Thessaloniki (AUTH, Grecja), University of Malta (UM), University

¹ Projekt CARE/SS realizowany w latach 2022–2024 był finansowany przez Unię Europejską (grant 2021-1-CY01-KA220-HED-000032127 – Cooperation partnerships in higher education, Program Erasmus+), <https://care-ss.frederick.ac.cy/index.php>.

of Barcelona (UB, Hiszpania) oraz Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (AMU, Polska).

Projekt poszerzał możliwości w zakresie zastosowania edukacji i działań artystycznych na rzecz budowy społeczeństwa obywatelskiego w środowisku zróżnicowanym etnicznie i kulturowo, a także był dla przyszłych nauczycieli szansą na współpracę i wypracowanie rozwiązań (szczególnie z wykorzystaniem nowych mediów i technologii informacyjno-komunikacyjnych), możliwych do zastosowania w przyszłej pracy z grupami uczniowskimi.

W ramach projektu Critical ARTs Education for Sustainable Societies przez polski zespół zostały zaprojektowane dwa kursy: „Drama Method for Social Inclusion in Teaching Practises” (30h, Sylwia Jaskulska, Mateusz Marciniak) oraz „Creative Arts for social inclusion” (Katarzyna Foreka-Waśko, Michalina Kasprzak). Kursy włączono do oferty edukacyjnej AMU-PIE [<https://amupie.amu.edu.pl/>], skierowanej do studentów biorących udział w wymianach międzynarodowych i studiujących na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu w roku akademickim 2023/2024. Oferta adresowana była do osób studiujących, które przygotowują się do pracy w zawodzie nauczyciela. Zostały przeprowadzone na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu w semestrze zimowym (październik–grudzień) 2023/2024. W kursie „Drama Method...” brało udział 18 studentów z wymiany, głównie kobiety (15), reprezentujące cztery kraje (Turcja, Kazachstan, Hiszpania, Czechy). Kurs trwał 30 godzin, podzielony był na cztery bloki tematyczne: 1) Integracja i wprowadzenie w tematykę, 2) Wykluczenie i inkluzja, 3) Różnorodność kulturowa, 3) Microteaching – projektowanie i przeprowadzanie lekcji z wykorzystaniem dramy.

Każdy blok tematyczny miał podobną strukturę i spójną logikę zastosowaną w całym kursie oraz w każdej jednostce zajęciowej. Każdy blok otwierało teoretyczne wprowadzenie do tematu. Następnie studentki i studenci zagłębiali się w tematykę poprzez doświadczenie w formie warsztatowej. Zakończeniem była refleksja i analiza działań.

Studenci i studentki uczyli się o metodzie dramy poprzez jej praktykowanie podczas warsztatów.

Poniżej przedstawiamy opisy kilku ćwiczeń, które wykorzystywaliśmy w poszczególnych blokach tematycznych. Są to gotowe scenariusze, które można przenieść do pracy z dziećmi i młodszymi nastolatkami. Podczas kursu studenci i studentki doświadczali na sobie, jak zajęcia mogą przebiegać i jakie przemyślenia i emocje powodować.

Przykładowe scenariusze ćwiczeń

Królestwo zasobów

Cel: Integracja grupy oraz poszerzenie wiedzy o sobie wśród ludzi (np. samoocena, efekt pierwszego wrażenia). **Techniki dramowe:** opowiadanie historii. **Forma:** indywidualna, praca w parach, praca w grupach. **Materiały:** kartki A4, kredki olejne, flamastry, karty metaforyczne. **Działania:**

1. Wprowadzenie: zasoby osoby, zasoby grupy.
2. Instrukcja: opowieść o królu, który chce oddać swoje królestwo tej osobie spośród poddanych, która ma największe zasoby.
3. Przygotowanie przez każdego z uczestników i każdą z uczestniczek (w formie pracy plastycznej) reklamy samego siebie odnoszącej się do własnych zasobów.
4. Praca w parach z kartami metaforycznymi (wybór trzech kart, które reprezentują dwie prawdziwe i jedną fałszywą cechę; dzielenie się historiami z partnerem).
5. Prezentacje zasobów: reklama samego siebie, opis partnera, ćwiczenia z kartami tematycznymi).
6. Zakończenie historii: Król docenia zasoby poszczególnych osób, decyduje się oddać królestwo we władanie wszystkim poddanym, bo suma ich zasobów jest imponująca i może zapewnić królestwu powodzenie.
7. Dyskusja: Ukazanie, że suma zasobów decyduje o sile grupy (znaczenie wszystkich członków zespołu dla sukcesu grupy).

Świat z papieru

Cel: Zwiększenie integracji grupy oraz poszerzenie wiedzy o zrównoważonym rozwoju. **Techniki dramowe:** opowiadanie historii, rzeźba. **Forma:** praca w grupach. **Materiały:** stare gazety podarte na kawałeczki. **Działania:**

1. Wprowadzenie: idea zrównoważonego rozwoju, inkluzji, równego dostępu do zasobów.
2. Podzielenie uczestników i uczestniczek na trzy grupy.
3. Tworzenie obrazów na temat „Jesteśmy Światem” ze skrawków gazet (proponowane wątki: zrównoważony rozwój, inkluzja, równy/nierówny dostęp do zasobów).
4. Rotacja z innymi zespołami – w pierwszej rundzie każdy zespół pisze historię, do której inspiruje obraz przygotowany przez koleżanki i kolegów.
5. Rotacja z innymi zespołami – tworzenie rzeźby (technika dramowa) ilustrującej historię przygotowane przez kolegów i koleżanki.

Rotacja przebiega w taki sposób, że jeden zespół tworzy obraz, drugi pisze historię, trzeci tworzy rzeźbę. W ten sposób każda grupa ma swój udział w każdej ze „stacji” zadania.

6. Dyskusja: Znaczenie zasobów grupy (współpraca, współdziałanie) oraz globalne problemy i zrównoważony rozwój.

Spotkanie plemienia

Cel: Pogłębienie zrozumienia ukrytych elementów kultury (determinanty zachowań: normy, wartości, ekonomia itp.), lęków i oczekiwań w konfrontacji z nieznaną kulturą. **Metoda dramy:** pantomima, improwizacja (sceny półimprowizowane). **Forma:** praca w grupach. **Materiały:** arkusze papieru formatu A0, taśmy klejące, krzesła, dywaniki/poduszki, sztuczne jedzenie, naczynia, lalki. **Działania:**

1. Aranżacja sali na dwie oddzielne części: tworzenie dwóch różnych przestrzeni (bez uczestników w sali).

2. Przygotowanie nauczyciela do roli szamana/naczelnego.

3. Losowe przydzielanie uczestników do „grup plemiennych” podczas wejścia do sali (spotkanie) – uczestnicy działają zgodnie z wymaganiami ról, podkreślając różnice między grupami (zasady dotyczące zdejmowania butów, podziału jedzenia, miejsca siedzenia, udziału w dyskusji, przyjmowania pamiętek, opieki nad dziećmi/zwierzętami itp.).

4. Improwizacja spotkania plemienia zgodnie z przypisanymi rolami.

5. Zakończenie spotkania (w odwrotnej kolejności do wprowadzenia).

6. Powrót do sali – możliwość zmiany grupy plemiennej (zamiana początkowo przypisanej grupy).

7. Dyskusja: Zrozumienie sytuacji kulturowej (interpretacja, dekodowanie znaczeń).

Kosmici w naszym mieście

Cel: Podniesienie świadomości dotyczącej różnorodności kulturowej i jej źródeł (uprzedzenia w percepcji „innych”/„obcych”, ograniczenia percepcyjne: stereotypy, emocje i motywacje). **Techniki dramy:** opowiadanie historii, pantomima i improwizacja. **Forma:** praca w grupach. **Materiały:** papier, długopisy, zabawki (zwierzęta, rośliny). **Działania:**

1. Wprowadzenie: różnorodność kulturowa, stereotypy, koncepcja „szoku kulturowego”.

2. Tworzenie krótkich historii o kosmitach, którzy przybyli do Poznania (opis przybycia, wygląd przybyszy, postrzeganie miasta Poznań, jego mieszkańców, jedzenia, rozrywki).

3. Przygotowanie scenariuszy krótkich scen (kilka migawkowych momentów na osi czasu: przybycie, miesiąc później, rok później).

4. Odgrywanie scen z narracją dla publiczności (role: kosmici, mieszkańcy miasta).

5. Dyskusja: Źródła uprzedzeń w percepcji, doświadczenie bycia „obcym” („innym”), możliwości rozwiązywania trudnych sytuacji technikami dramy.

Wnioski

W przypadku studentek i studentów przygotowujących się do pracy w zawodzie nauczyciela, udział w zajęciach prowadzonych metodą dramy ma podwójny cel. Po pierwsze pozwala doświadczyć w niepowierzchny sposób omawianych tematów, po drugie zaś zachęcić do wykorzystania dramy we własnej przyszłej pracy z grupami uczniowskimi, szczególnie w obszarach wychowawczych.

Drama edukacyjna może być potężnym narzędziem do zwiększania wzajemnego zrozumienia i szacunku dla różnorodności podczas pracy ze studentami akademickimi, którzy staną się liderami innych grup, na przykład klas szkolnych. Zaangażowanie się w działania dramowe może rozwijać empatię uczestników i uczestniczek oraz szacunek dla różnych punktów widzenia, przyczyniając się do budowania inkluzyjnych postaw. Dzięki tym doświadczeniom młodzi ludzie mogą zdobyć cenne wglądy w siebie oraz innych, co daje im moc do bardziej efektywnego radzenia sobie w sytuacjach społecznych, a także wchodzenia w role przewodników swoich przyszłych uczniów i uczennic w świecie, w którym podejście inkluzyjne może być jedną z ważniejszych kompetencji.

LITERATURA

- Alam, S., Hameed, A., Kobylarek, A., Madej, M., Ahmad, F. (2023). Drama approaches across higher education in the English curriculum: students perspectives on holistic activity-based teaching. *XLinguae*, 16, 54–68.
- Batdi, V., Elaldi, Ş. (2020). Effects of drama method on social communication skills: A comparative analysis. *International Journal of Research in Education and Science*, 6, 435.
- Bolton, G. (2007). A history of drama education: A search for substance. W: L. Bresler (red.), *International handbook of research in arts education* (vol. 16, s. 45–61).
- Cook, H.C. (1917). *The play way; an essay in educational method*. New York: Frederick A. Stokes Company.
- da Penha Nery, M., Gisler, J.V.T. (2019). Sociodrama: An active method in research, teaching and educational intervention. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 27(1), 11.

- Dillon, D.A., Way, B. (1981). Perspectives: Drama as a sense of wonder – Brian Way. *Language Arts*, 58(3), 356–362.
- Dziedzic, A., Pichalska, J., Świdorska, E. (1995). *Drama na lekcjach języka polskiego*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Giebert, S. (2014). Drama and theatre in teaching foreign languages for professional purposes. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues*, 33(1), 138–150.
- İşyar, Ö.Ö., Akay, C. (2017). The use of „Drama in Education” in primary schools from the viewpoint of the classroom teachers: A mixed method research. *Journal of Education and Practice*, 8, 201–216.
- Jaros, A. (2023). Socjoterapia z bajką – metodyczne wskazówki pracy. *Biuletyn Socjoterapeutyczny* 1, 75–84.
- Jaskulska, S., Poleszak, W. (2015). Wykluczenie rówieśnicze. W: J. Pyżalski (red.), *Wychowawcze i społeczno-kulturowe kompetencje współczesnych nauczycieli. Wybrane konteksty* (s. 155–175). Łódź: theQ studio.
- Jankowiak B., Soroko E. (2013). Socjoterapia a inne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej. W: B. Jankowiak (red.), *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Jankowiak, B.A., Soroko, E. (2021). *Socjoterapia młodzieży. Studium psychologiczno-pedagogiczne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Jankowiak, B.A., Brzezińska, A., Soroko, E. (2024). Funkcjonowanie świetlic socjoterapeutycznych i branding oferowanych usług. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Kovács, G. (2014). Applied drama and theatre – Drama techniques in teaching English for specific purposes. *Acta Universitatis Sapientiae, Philologica*, 6, 10–25.
- Marciniak, M. (2017). Młodzież akademicka wobec mobilności w czasach płynnej nowoczesności. *Forum Oświatowe*, 29(1), 65–76.
- Marciniak, M., Metz, M. (2023). Intercultural learning of academic students during the short-term international exchange. W: M. Marciniak, J. Sikorska, M. Klichowski, H. Krauze-Sikorska (red.), *Learning in a world of cultural and social change. Interdisciplinary perspective* (s. 88–112). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Mardas, G., Magos, K. (2020). Drama in education and its influence on adolescents’ empathy. *Randwick International of Education and Linguistics Science Journal*, 1, 1.
- Pankowska, K. (1997). *Edukacja poprzez dramę*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Peterková, J., Repaská, Z., Prachařová, L. (2022). Best practice of using digital business simulation games in business education. *Sustainability*, 14, 8987.
- Shraiber, E., Yaroslavova, E. (2016). Drama techniques in teaching English as a second language to university students. *Bulletin of the South Ural State University. Series: Education. Education Sciences*, 8(1), 59–65.
- Steed, R. (2005). The play’s the thing: Using interactive drama in leadership development. *Journal of Business Strategy*, 26, 48–52.

- Soroko, E., Jankowiak, B.A. (2020). Socjoterapia dzieci i młodzieży. W: I. Grzegorzewska, L.W. Cierpiałkowska, A.R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży. Od teorii do praktyki* (s. 899–912). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tawalbeh, A., El Marsafawy, H., Roy, R. (2020). Drama scenes in higher education: A method to stimulate students' interest, encourage involvement, and develop reflective understanding. *Proceedings of The International Conference on New Approaches in Education*.
- Way, B. (1976). *Development through drama*. Harlow: Longman.

ANNA KACZMARSKA-PAJĄK
Polskie Stowarzyszenie Socjoterapeutów

ETYKA ZAWODU SOCJOTERAPEUTY

STRESZCZENIE

Celem tego artykułu jest przeanalizowanie etycznych aspektów zawodu socjoterapeuty, w oparciu o poszczególne punkty kodeksu etycznego Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów oraz w odniesieniu do aktualnego statusu zawodu socjoterapeuty.

Słowa kluczowe: socjoterapia, socjoterapeuta, etyka, kodeks etyczny

ETHICS OF THE SOCIOTHERAPIST PROFESSION

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyze the ethical aspects of the profession of sociotherapist, based on the various points of the code of ethics of the Polish Association of Sociotherapists and in relation to the current status of the profession of sociotherapist.

Keywords: sociotherapy sociotherapist, ethic, ethic's code

Dziedzina szeroko rozumianej pomocy psychologicznej jest bardzo zróżnicowanym, wielowymiarowym obszarem. Obejmuje nie tylko psychoterapię i socjoterapię, ale również psychoedukację, interwencję kryzysową, coaching, itd. Są to niewątpliwie ważne dziedziny nauki i praktyki, jednak dopiero w ostatnim czasie możemy zaobserwować wzrost konkretnych działań w kierunku opracowania regulacji prawnych dla niektórych z tych zawodów. Aktualnie opracowywana jest ustawa o zawodzie psychoterapeuty, która będzie w szczegółowy sposób określać to, kto może tytułować się psychoterapeutą, w jaki sposób można weryfikować kwalifikacje kandydatów do tego zawodu, jaki powinien być proces kształcenia. Niestety, zawód socjoterapeuty nie jest objęty żadną regulacją, a ma on swoją specyfikę i powinno się go traktować odrębnie od zawodu psychoterapeuty czy psychologa. W obliczu tego faktu dyskusja o aspektach etycznych zawodu socjoterapeuty staje się niezwykle

trudna, lecz kluczowa dla profesjonalizacji tego sposobu pomagania (Jankowiak, Soroko, 2021, s. 193).

Analiza dostępnych źródeł wskazuje, że oprócz wewnętrznych regulaminów kilku świetlic i ośrodków socjoterapii, jedynym istniejącym kodeksem etycznym socjoterapeuty jest kodeks etyki Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów (PSS), którego jako prezes Stowarzyszenia byłam współautorką. Polskie Towarzystwo Psychologiczne (PTP) posiada sekcję socjoterapii, która opracowała Standardy Socjoterapeuty, jednak w kwestii kodeksu etycznego odsyła do kodeksu etycznego psychologa. Jest to problematyczne chociażby ze względu na fakt, że w ostatnich kilkudziesięciu latach powstało wiele kierunków oferujących studia socjoterapeutyczne, w związku z czym można zakładać, że pojawiła się cała rzesza socjoterapeutów, którzy nie posiadając wykształcenia psychologicznego, nie mają możliwości zrzeszania się w towarzystwie stworzonym dla psychologów. Ponadto w sytuacji braku regulacji prawnych, zrzeszanie się socjoterapeutów w zarejestrowanych w KRS stowarzyszeniach nie jest obligatoryjne, w związku z czym nie ma możliwości kontroli działań, jakich się podejmują, a stosowanie się przez nich do zasad etycznych jest albo dobrowolne, albo regulowane przez zatrudniające ich placówki. Problemem jest również to, że osoby tytułujące się określeniem „socjoterapeuta” nie zawsze pracują zgodnie z tym, jak socjoterapia jest w środowiskach specjalistów rozumiana.

W artykule skoncentruję się na omówieniu punktów kodeksu etycznego opracowanego przez członków założycieli Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów, które powstało właśnie ze względu na tę lukę w systemie – brak oferty Towarzystwa dedykowanego właśnie socjoterapeutom. Właściwe rozumienie wytycznych etyki zawodu socjoterapeuty wymaga ustalenia: czym jest socjoterapia?

Książką, która do niedawna wyznaczała standardy pracy socjoterapeutycznej była zbiorowa publikacja pod redakcją Katarzyny Sawickiej (1999). Obecnie na rynku znajduje się więcej różnych publikacji z dziedziny socjoterapii, nadal jednak pojęcie socjoterapii, nawet wśród samych socjoterapeutów okazuje się niejednoznaczne. Próbując odpowiedzieć na to samo pytanie, Sawicka przytacza definicje z różnych źródeł, analizując to, w jaki sposób ujmowana jest socjoterapia jako dziedzina wiedzy i pomocy psychologicznej. W słownikach psychologicznym oraz pedagogicznym nie ma żadnego odniesienia do funkcji procesu grupowego. Ujmują one socjoterapię jako oddziaływanie środowiska społecznego, podkreślając jego leczącą rolę. Na przykład w *Słowniku psychologicznym* socjoterapia rozumiana jest

jako „organizowanie środowiska społecznego pacjenta w tym kierunku, by w możliwie dużym stopniu sprzyjało wyzdrowieniu i utrzymaniu zdrowia psychicznego. (...) akcentuje znaczenie kontaktów chorego z osobami z jego otoczenia społecznego (...) dla przebiegu procesu leczenia” (*Słownik psychologiczny* 1979, s. 274, za: Sawicka, 1998).

Konsekwencją takiego ujmowania socjoterapii jest to, jak postrzega się jej rolę w placówkach zdrowia psychicznego oraz szkołach, gdzie oddziaływania „socjoterapeutyczne” sprowadzają się do „organizacji czasu” i prowadzone są często przez nieprzygotowane do roli socjoterapeuty osoby. Przykładem jest sytuacja, kiedy zgodnie z rozporządzeniem z 2013 roku (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2013 r., poz. 532) w szkołach powinna być prowadzona socjoterapia. Można sobie wyobrazić, że grupa prowadzona w warunkach szkolnych ma małe szanse na zawiązanie pozytywnego przymierza, a przez to na pozytywne przejście procesu grupowego. Wprowadzona w roku 2017 poprawka sugeruje, że dylemat ten został rozpoznany przez ministerstwo – zastąpiono termin „zajęcia socjoterapeutyczne” pojęciem „zajęć rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne” (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach pkt 4 par. 10).

W *Małej Encyklopedii Medycyny* definicja jest już bardziej specyficzna, określa się tam bowiem socjoterapię jako „zbiór metod socjotechnicznych polegających na różnorodnych zabiegach korektywnych w stosunku do grupy. Socjoterapia zajmuje się więc przede wszystkim grupą, w odróżnieniu od psychoterapii, która zajmuje się jednostką” (*Mała Encyklopedia Medycyny*, t. II, s., za: Sawicka, 1998).

Ta definicja zupełnie pomija zjawisko psychoterapii grupowej, w której również korzysta się z procesu grupowego. Różnice pomiędzy socjoterapią a psychoterapią grupową wymagałyby osobnego artykułu, jednak podstawową kwestią jest to, że socjoterapia ma ograniczoną funkcję leczenia zaburzeń osobowości, jej główną rolę jest szeroko rozumiane wspomaganie rozwoju, szczególnie w kryzysie adolescencji oraz w przypadku dzieci ze środowisk zagrożonych niedostosowaniem społecznym.

Po tej analizie Sawicka proponuje swoją definicję socjoterapii, uwzględniając jej miejsce wśród innych podobnych form pomocy psychologicznej

i zwracając uwagę na jej adresata. „Przez socjoterapię możemy rozumieć metodę leczenia zaburzeń zachowania i niektórych zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży w toku spotkań grupowych. Możemy więc socjoterapię traktować jako formę pomocy psychologicznej adresowaną do dzieci i młodzieży, pośrednią między psychoterapią a psychoedukacją i treningiem interpersonalnym – pisze autorka (Sawicka, 1998, s. 10).

Najbardziej kompleksową definicję socjoterapii prezentują Barbara Jankowiak i Emilia Soroko, które zajmują się tym tematem w sposób bardziej wieloaspektowy, korzystając z wieloletnich badań w tej tematyce:

Socjoterapia to grupowa forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej ukierunkowana na dzieci i młodzież 1) z grup ryzyka i/lub 2) przejawiające zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym, która polega na intencjonalnym uruchamianiu czynników pomocowych, występujących między członkami grupy, w relacji z socjoterapeutą i w procesie grupowym, w celu:

- Uaktywnienia potencjału rozwojowego (społecznego, emocjonalno-motywacyjnego, poznawczego);
- Zapobiegania kształtowania się zaburzeń i problemów zdrowotnych;
- Zmiany trajektorii rozwoju i wzmocnienia mechanizmów zdrowia i/lub osłabienia patomechanizmu, utrzymującego problemy psychospołeczne (Jankowiak, Soroko, 2021, s. 10).

W powyższej definicji określono zarówno adresata socjoterapii, jak i rolę procesu grupowego, podkreślając terapeutyczny charakter oddziaływań socjoterapeutycznych, zwracając również uwagę na ich ograniczenia wspomagania rozwoju, nie leczenia zaburzeń.

Kolejnym ważnym czynnikiem, który wpływa na postrzeganie socjoterapii jest kształcenie, a przez to również specyficzne umiejętności, które powinny być oczekiwane od socjoterapeutów. Szeroko pisze o tym Barbara Jankowiak, w artykule *Kompetencje socjoterapeuty – wybrane zagadnienia* (Jankowiak, 2015). Autorka opisuje różne spojrzenia na wymogi stawiane socjoterapeutom oraz w konsekwencji ich własne poczucie kompetencji, które ma znaczący wpływ na efektywność ich pracy. Przy tak niejasnej definicji tego, czym jest socjoterapia, zatrudniające socjoterapeutów instytucje stawiają przed nimi bardzo różne wymagania, w związku z czym wykonujące ten zawód osoby odpowiednio przygotowane i wykształcone same mierzą się z trudnym zadaniem dookreślenia tego, jaka jest ich rola i przekonaniem pracodawców, że powinni uwzględnić ich wizję. Z drugiej strony osoby, które nie zostały w odpowiedni sposób przygotowane i wykształcone do roli socjoterapeuty, będą poddawały się wizji pracodawców, wskutek czego dochodzi do sytuacji,

w której jako socjoterapeutyczne określane są działania zupełnie niezwiązane z ideą myśli socjoterapeutycznej, jak pomaganie w lekcjach, grupy opierające się na zabawach socjoterapeutycznych bez omówienia i odniesienia dynamiki tych zabaw do procesu grupowego. W trudnym zadaniu dookreślenia specyfiki swojej pracy powinny wspierać socjoterapeutów placówki kształcące.

Przyjrzyjmy się teraz warunkom, jakie stawiają kandydatom na certyfikowanych socjoterapeutów dwa towarzystwa, Polskie Towarzystwo Psychologiczne w Sekcji Socjoterapii (PTP) oraz Polskie Stowarzyszenie Socjoterapeutów (PSS):

Tabela 1. Kryteria uzyskania certyfikatu socjoterapeuty według PTP i PSS

Kryterium	PTP	PSS
Wykształcenie magisterskie	Tak (psychologiczne)	Tak
Szkolenie podyplomowe	270 godzin szkolenia teoretycznego i praktycznego.	400 godzin 40 godz. wykładów i seminariów dot. psychologii rozwojowej, 40 godz. wykładów i seminariów dot. podstawowych pojęć socjoterapii i psychoterapii, 40 godz. własnego doświadczenia grupowego (m.in. trening interpersonalny, grupa <i>self-experience</i>).
Doświadczenie w pracy socjoterapeutycznej	3 lata pracy jako socjoterapeuta	3 lata pracy jako socjoterapeuta
Superwizja	Zaświadczenie o systematycznej superwizji co najmniej 3 lata przed złożeniem wniosku, dopuszczana interwizja. Pisemne oświadczenie dwóch certyfikowanych socjoterapeutów.	40 godzin superwizji. Pisemne oświadczenie certyfikowanego superwizora (dopuszczany superwizor innego Towarzystwa, zaakceptowany przez Radę Stowarzyszenia).
Weryfikacja kompetencji praktycznych	Umiejętność samodzielnego zaplanowania i przeprowadzenia procesu socjoterapeutycznego poprzedzonego sporządzeniem pełnej diagnozy socjoterapeutycznej.	Przedłożony Komisji Certyfikacyjnej PSS opis pracy socjoterapeutycznej kandydata z grupą. Praca powinna przedstawiać: opis grupy (liczba uczestników, sposób rekrutacji, cele grupy), przebieg procesu grupowego, przedstawienie teorii, z której kandydat korzystał, pracując z grupą.

Źródło: <https://psych.org.pl/certyfikaty-i-rekomendacje/certyfikaty-socjoterapeutyczne>; <https://socjoterapia-pss.pl/czlonkostwo.html>.

Podstawową różnicą w stawianych przed kandydatami na certyfikowanych socjoterapeutów wymogach jest wykształcenie. W PTP wymaganych jest

jedynie 270 godzin, wyszczególniając w *standardach* zakres wymaganej wiedzy, podczas gdy PSS wymaga godzin 400, z konkretnym wyszczególnieniem minimum 160 godzin. Dla kandydatów starających się o członkostwo w PSS ten punkt jest już problematyczny ze względu na fakt, że istnieje niewiele ośrodków kształcących, które oferują tak szeroki zakres godzin szkolenia. Biorąc jednak pod uwagę, że oferta PTP jest skierowana wyłącznie do osób z wykształceniem psychologicznym (członkiem PTP nie może zostać kandydat bez takiego wykształcenia) można się domyślić, że wymogi są mniejsze, ponieważ program studiów psychologicznych obejmuje wymagane tematy w odpowiednim zakresie godzinowym. Jednak w takiej sytuacji pozostaje pytanie, co z absolwentami wspomnianych szkół kształcących socjoterapeutów?

Wśród wymogów PSS, wyszczególnionych we wspomnianych 160 godzinach, jest 40 godzin doświadczenia własnego. PTP nie definiuje takiego wymogu, co jest zastanawiające, zważywszy na fakt, iż w przypadku starania się o certyfikat psychoterapeuty raczej standardem jest, że towarzystwa stawiają przed kandydatami warunek odbycia własnej terapii szkoleniowej. Warunek ten w przypadku psychoterapeutów wydaje się oczywisty i rzadko bywa podważany. Być może brak takiego wymogu wynika właśnie z niedookreślonego charakteru zawodu socjoterapeuty. W bardzo ograniczonej literaturze z zakresu socjoterapii nie znalazłam badań potwierdzających wartość odbycia procesu własnego w rozwijaniu kompetencji socjoterapeutycznych, jednak można powołać się na znanych autorów zajmujących się tematyką pracy z grupami. Coreyowie zwracają uwagę na to, że prowadzący grupę powinni posiadać następujące cechy: „znajomość własnych mocnych i słabych stron, świadomość własnego systemu wartości, umiejętność scharakteryzowania typowych stadiów rozwoju grupy, umiejętność opisanie konstruktywnych i destruktywnych ról oraz zachowań członków grupy, znajomość czynników terapeutycznych działających w grupie, rozumienie znaczenia wyników całej grupy i poszczególnych uczestników oraz świadomość kwestii etycznych specyficznych dla pracy z grupą”. Kompetencje w dużym zakresie zdobywa się podczas własnego doświadczenia terapeutycznego, wiedza teoretyczna nie wystarczy do uzyskania wystarczającego poziomu świadomości, jaki wiąże się z tymi umiejętnościami; w konsekwencji Coreyowie proponują następujące rozwiązanie: „uzupełnieniem programu szkolenia dla trenerów grup powinno być odbycie własnej psychoterapii, udział w treningu terapeutycznym oraz uczestnictwo w grupie superwizyjnej” (za: Jankowiak, 2015).

Praca z grupą wymaga nie tylko przygotowania teoretycznego, a głębokiego rozumienia procesu grupowego i nie jest możliwe uzyskanie tych

umiejętności bez doświadczenia własnego tego procesu. Na przykład kształcenie socjoterapeutyczne w oparciu o doświadczenie własne w ramach Studium Socjoterapii i Psychoterapii Młodzieży w Krakowskim Centrum Psychodynamicznym kładzie nacisk na doświadczenie własne, które jest rdzeniem tego szkolenia. Daje to możliwość połączenia doświadczenia procesu grupowego „w sobie” z wiedzą teoretyczną, dzięki której można odnaleźć teoretyczne uzasadnienie dla rozumienia danego zjawiska, komentarza, który za tym idzie, oraz doboru kolejnych struktur w taki sposób, aby pomóc grupie w rozwoju, torować konfliktowość i pomagać rozwiązywać konflikty.

W kolejnej części omówiłam po kolei punkty Kodeksu Socjoterapeuty Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów, którego jestem współautorką, przybliżając ich ideę oraz analizując znaczenie.

Założenia ogólne

1. Kodeks jest wyrazem przekonania, że działania socjoterapeuty wobec odbiorcy tego oddziaływania – uczestnika grupy socjoterapeutycznej, rodzica lub opiekuna podejmowane w ramach czynności zawodowych, mają szczególny wymiar etyczny wynikający z roli społecznej. Rola ta wynika z wpływu, jaki może on swoimi działaniami wywierać na życie innych ludzi i ze społecznych oczekiwań wobec osób wykonujących zawód socjoterapeuty.

Socjoterapeuta staje się dla uczestników grupy, ale również dla rodziców i opiekunów podopiecznych, figurą modelową, swojego rodzaju autorytetem. Podjęcie się takiej roli wymaga od socjoterapeuty głębokiej identyfikacji z uniwersalnymi zasadami moralnymi oraz systemem prawa obowiązującym w kraju, w którym prowadzona jest grupa. Oznacza to, że prowadzący ma wobec swoich odbiorców bardzo szczególną pozycję. Swoimi działaniami, wypowiedziami oraz tym, w jaki sposób funkcjonuje w przestrzeni publicznej, powinien pokazywać, że rzeczywiście wyznaje wartości, które deklaratywnie reprezentuje. Wymaga to szczególnej uważności nie tylko w trakcie zajęć czy spotkań z podopiecznymi i ich rodzinami, ale również w życiu prywatnym. Wiąże się to oczywiście z pewnego rodzaju ograniczeniami, czyli socjoterapeuta, podobnie jak przedstawiciele innych zawodów zaufania publicznego, powinien dbać o swój wizerunek.

Powinniśmy pamiętać o tym, że młodzież, a więc główni odbiorcy działań socjoterapeutycznych, są szczególnie podatni na wpływy osób, które obdarzają autorytetem. Dlatego obowiązuje nas szczególna ostrożność w ujawnianiu treści związanych z naszym światopoglądem, sądami na różne tematy, jak na przykład polityka czy wyznania. Jeszcze całkiem niedawno jedynym sposobem na uzyskanie informacji o osobach publicznych był bezpośredni kontakt z nimi lub osobami, które je znają. Aktualnie na myśl nasuwa się wszechobecny internet oraz media społecznościowe sprawiające, że dużo łatwiej jest uzyskać informacje o prywatnym życiu różnych osób. Niewinne „zalogowanie” określonego posta czy dołączenie do tematycznej grupy zamkniętej może sprawić, że nasza aktywność zostanie zaobserwowana przez naszych odbiorców. Socjoterapeuci posiadający konta na portalach społecznościowych powinni być szczególnie uważni względem tego, kto ma dostęp do ich konta, ale też tego, jakie treści na tych kontach udostępniają. Ten aspekt zazębia się z kolejnym punktem regulaminu:

2. Socjoterapeuta w swoich działaniach uwzględnia przede wszystkim dobro uczestnika socjoterapii, nie narzuca w sposób świadomy swojego własnego systemu przekonań i wartości. Szanuje prawo uczestnika socjoterapii do posiadania własnych, odmiennych przekonań.

W punkcie pierwszym mowa jest o uniwersalnych wartościach moralnych, natomiast powyższy punkt zwraca uwagę na prawo do wolności wyboru specyficznego rodzaju wartości, przekonań, które nie powinny podlegać ocenie. Użyte w tym miejscu określenie „nie narzuca w sposób świadomy” odnosi się do faktu istnienia obszaru nieświadomości, który obejmuje również osobę socjoterapeuty. Nie mamy wpływu na to, czy nasze gesty, ton głosu, niektóre wypowiedzi czy sposób prezentowania się nieświadomie nie ujawnia naszego systemu wartości czy przekonań (religijnych, politycznych, etc.). Ważne jednak jest to, aby w żaden sposób świadomie nie narzucać tych wartości podopiecznym, pozwalając im na swobodną identyfikację z nami, ale również kontestację naszych postaw.

Istota tego zagadnienia jest ściśle związana z procesem rozwoju tożsamości (Erikson, 2000), który odbywa się na przestrzeni kilku etapów: od tożsamości rozproszonej, gdzie odpowiedzi na podstawowe tożsamościowe pytania: *co jest dla mnie ważne, w co chcę się zaangażować, czemu chcę być wierny* pozostają niejasne, zmienne, niestabilne. Jest to stan bardzo frustrujący, dlatego istnieją tak zwane rozwiązania tymczasowe. Przykładem takiego rozwiązania

jest *tożsamość negatywna*, czyli identyfikacja z tym, co jest nieakceptowane społecznie. Często takie rozwiązanie nasuwa się w sytuacji, kiedy napór oczekiwań ze strony otoczenia zderza się z potrzebą autonomii młodego człowieka. Jedynym sposobem na przeciwstawienie się tym oczekiwaniom jest uderzenie równie silne, czyli zaatakowanie wszystkiego. Takie sytuacje możemy obserwować w przypadku identyfikacji z subkulturami kontestującymi reguły społeczne, ale również, co ostatnio dość często obserwuję w swojej pracy terapeutycznej z młodymi dorosłymi, w postaci niepodejmowania ról społecznych – ucznia, studenta, pracownika. Ten rodzaj przejściowej tożsamości jest dość łatwy do zdiagnozowania i o ile socjoterapeuta sam nie reprezentuje takiej buntowniczej wobec społeczeństwa postawy, raczej nie zdarza się w relacji socjoterapeutycznej. To grupa socjoterapeutyczna oraz identyfikacja z osobą socjoterapeuty mogą pełnić funkcję terapeutyczną, pomagającą poradzić sobie z tym kryzysem.

Jednak dużo bardziej komplikuje się sytuacja w przypadku *tożsamości nadanej*. Jest to jednoznaczna identyfikacja z określoną grupą lub osobą idola, niekoniecznie o negatywnych cechach. Tożsamość nadana jest nieelastyczna, czyli nie dopuszcza ambiwalencji, niepewności, nie pozwala na zróżnicowanie. Młodzież doświadczająca frustracji związanej z rozproszeniem tożsamości często gromadzi się wokół osoby „idola”, jednostki silnej i pewnej, która odważnie wygłasza swoje poglądy. Taka osoba daje zagubionym adolescentom poczucie bezpieczeństwa, staje się alternatywą dla dotychczasowych, zdevaluowanych autorytetów rodzicielskich, pozwala na pozorne zintegrowanie poczucia własnej tożsamości i odpowiedź na nurtujące, wspomniane wyżej pytania. W pracy z młodzieżą możemy ulegać pokusie stawiania się taką osobą. Doświadczenie uznania i podziwu od naszych podopiecznych jest niezwykle gratyfikujące i nie pilnując się, czyli zapominając o regule neutralności, możemy nieświadomie wzmacniać ich niedojrzałą identyfikację z naszym systemem wartości (por. Glita, 2016). Można wtedy postawić sobie pytanie, czy to coś złego, kiedy młody człowiek identyfikuje się z dojrzałym socjoterapeutą? Oczywiście do pewnego stopnia jest to nawet wskazane, jednak bez naszej czujności możemy doprowadzić do sytuacji, kiedy tendencje separacyjne i dążenie do autonomii sprawiają, że taka identyfikacja stanie się niezdolna. Wtedy wraca zagrożenie dewaluacji naszego autorytetu i powrót rozproszenia lub ucieczka w *tożsamość negatywną*.

Jakie zatem jest optymalne rozwiązanie? *Tożsamość osiągnięta*, czy według Eriksona tożsamość dojrzała, to taka, w której system wartości jest efektem internalizacji, czyli skomplikowanego procesu przyjmowania i podważania

reguł, przyglądania się im i „przymierzania” ich, aby w rezultacie uznać, czy coś jest moje, czy obce. Socjoterapeuta z dojrzałą i skonsolidowaną tożsamością pozwala na ten proces, towarzysząc podopiecznym zarówno w momentach identyfikacji z nim i grupą, jak i w sytuacjach podważania uznanych zasad, badania granic, pilnując tych granic, ale nie narzucając dyrektywnie swojego zdania.

Oczywistą sprawą jest to, że zalecenie neutralności nie obejmuje sytuacji rażących naruszeń prawa; w takich przypadkach możemy, czy wręcz mamy obowiązek jasno zaznaczyć swój punkt widzenia i skonfrontować uczestnika z konsekwencjami jego działań.

3. Zasada dbałości o dobro uczestnika socjoterapii obowiązuje również po zakończeniu relacji socjoterapeutycznej. Jeżeli uczestnik grupy socjoterapeutycznej wymaga innych, specjalistycznych oddziaływań, socjoterapeuta kieruje go do odpowiedniego w tej dziedzinie specjalisty (lekarz psychiatra, psycholog, psychoterapeuta).

Oddziaływania socjoterapeutyczne mają swoje ograniczenia. Generalnie nie powinniśmy przyjmować do grupy osób, których problematyczne zachowania wynikają z zaburzenia osobowości. Jednak nawet skrupulatnie przeprowadzona diagnoza socjoterapeutyczna nie gwarantuje tego, że do grupy takie osoby nie trafią. Biorąc pod uwagę, że odbiorcami socjoterapii są w większości dzieci i młodzież, w niektórych przypadkach niezwykle trudne jest rozróżnienie, czy prezentowane problemy wynikają z zaburzeń rozwojowych, które dzięki uczestnictwu w grupie mogą zostać rozwiązane, czy też problemy sięgają głębiej i w związku z tym będzie konieczna bardziej pogłębiona praca (Wilk, 2017; Makulski, 2017). W sytuacji, kiedy widzimy, że dany uczestnik po zakończeniu grupy nadal wymaga pracy psychoterapeutycznej, powinniśmy go skierować do odpowiednich specjalistów i zachęcić do dalszej pracy już w charakterze indywidualnym.

Chciałam zwrócić uwagę na kwestię pojęcia „dobro uczestnika”. Mam tu na myśli nie tyle dobro jednostki, a dobro całej grupy i problem uczestnictwa w grupie osoby, która stwarza wyjątkowe problemy wychowawcze. Jest to bardzo trudna i skomplikowana sprawa, z którą wiele razy mierzyłam się podczas superwizji oraz pracy własnej.

W jaki sposób radzić sobie z sytuacją, kiedy zaburzone funkcjonowanie jednej osoby zaburza pracę całej grupy? W mojej pracy jako superwizor świetlic socjoterapeutycznych spotykam się z takim dylematem bardzo często,

ponieważ statuty świetlic często nie pozwalają na to, aby odmawiać udziału w grupie problematycznym uczestnikom. Nie jest to zagadnienie, które dałoby się jednoznacznie i uniwersalnie uregulować, chociażby ze względu na fakt, że czasem funkcjonowanie jednostki odzwierciedla psychopatologię grupy: grupa delegując jedną osobę do roli kozła ofiarnego eksternalizuje konflikt, który pojawił się w grupie i w ten sposób próbuje utrzymać spójność w oporowej formie jednomyślności. Z drugiej strony czasami nie jest to problem grupy, a bardziej jednostki, która przez swoją psychopatologię hamuje rozwój procesu i przechodzenie przez kolejne fazy. Na myśl przychodzi mi przykład jednej uczestniczki zajęć, która na każdą informację zwrotną reagowała bardzo urażliwie, oburzając się i wpędzając w poczucie winy osoby, które zwracały się do niej z komentarzami. Wraz z koterapeutką stałyśmy przed dylematem, czy możliwe będzie przepracowanie tego kryzysu przez grupę. Czy w warunkach grupy socjoterapeutycznej osoba ta będzie w stanie wypracować w sobie zdolność do tolerowania negatywnych emocji i rozwinąć strukturę ego obserwującego, które umożliwiłoby jej dostrzeżenie w bolesnych komentarzach element opiekuńczy. Czy jednak grupa będzie w stanie pomieszczać siłę negatywnego afektu i utrzymać swoją funkcję opiekuńczą w postaci konfrontujących komentarzy? Perspektywą w takiej sytuacji byłaby bardzo intensywna, trudna i bolesna dla wszystkich praca, która przypominałaby bardziej pracę psychoterapeutyczną. W takiej sytuacji jest zagrożenie pojawienia się dwóch niekorzystnych rozwiązań: grupa może wycofać swoją aktywność i pogрузić się w zaprzeczaniu złości na uczestniczkę. Złość nieujawniana w komentarzach konfrontujących doprowadziłaby do zahamowania procesu grupowego i grupa utknęłaby w impasie, pozorowanej „dobrej atmosferze”, kosztem wytrzymywania ogromnego napięcia związanego z zakazem swobodnego wyrażania myśli i emocji. Drugim niekorzystnym rozwiązaniem (mało prawdopodobnym w przypadku tej konkretnej grupy, jednak dość częstym w grupach dziecięcych czy młodzieżowych) byłoby skonsolidowanie się grupy poza tą osobą i pójście w kierunku jawnej agresywnej postawy wobec niej. W pracy socjoterapeutycznej musimy pamiętać o tym, że „dobro uczestnika” obejmuje również dobro całej grupy. Może to wydawać się kontrowersyjne, jednak niestety zdarzają się sytuacje, w których lepszym rozwiązaniem jest wykluczenie jednego uczestnika dla dobra procesu całej grupy. Oczywiście powinniśmy wtedy dokładnie omówić to zarówno z grupą, jak i problematycznym uczestnikiem oraz zadbać o jego/jej dobrostan, polecając inną formę pracy lub innego specjalistę. W opisaney przez nas sytuacji zdecydowałyśmy o pożegnaniu uczestniczki, podczas indywidualnej

rozmowy tłumacząc naszą decyzję i zachęcając do kontaktu indywidualnego z poleconymi przez nas specjalistami.

Tajemnica i poufność

1. Socjoterapeuta zobowiązany jest do dbania o utrzymanie w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w trakcie prowadzenia socjoterapii. Socjoterapeuta jest świadomy szczególnej odpowiedzialności wynikającej z faktu posiadania informacji o swoim podopiecznym i dąży do uzyskania tylko takich informacji, które niezbędne są do prowadzenia czynności zawodowych.

Punkt ten stanowi wyraźne nawiązanie do zasad etyki zawodu psychologa, gdzie od momentu uzyskania dyplomu mamy jasność, że nasza specyficzna rola wobec klientów czy pacjentów wymaga szczególnej czujności i ochrony treści nam powierzanych. W pracy z dziećmi i młodzieżą zagadnienie to się komplikuje, ponieważ oprócz zasady poufności, obowiązuje nas też odpowiedzialność za dobrostan i bezpieczeństwo naszych podopiecznych, jednak o tym będzie mowa w punkcie kolejnym. Teraz należałoby wyraźnie podkreślić, że informacje, które zostają nam powierzone podczas procesu grupowego powinny być objęte ochroną poufności. Jednakże w sytuacji, kiedy socjoterapeuta uzna, że zdrowie uczestników grupy czy bezpieczeństwo jest zagrożone, powinien to mówić z ich opiekunami, jednak nie bez ich wiedzy i bez uprzedniej rozmowy z nimi na ten temat.

Czasami kwestia ta nie jest oczywista, szczególnie dla socjoterapeutów bez wykształcenia psychologicznego, którzy mogą nie mieć wiedzy o tym, dlaczego tak ważna jest poufność. Nawiążę tutaj do procesu separacji i indywiduacji (Blos, 1962): w trakcie rozwoju w okresie adolescencji dziecko dystansuje się od figur dotychczasowych autorytetów i poszukuje nowych obiektów, aby zindywidualizować swój system wartości, porównując go z odmiennymi ofertami. Jest to proces często bolesny dla opiekunów, dla których trudna do zniesienia jest pojawiająca się w tym okresie dewaluacja ich autorytetu. Proces ten jest trudny również dla dziecka, które zmaga się z konfliktowymi pragnieniami zależności i autonomii. Dewaluacja figur autorytetu, czyli rodziców, pełni tutaj funkcję rozwojową, pozwala uzyskać dystans wobec reprezentowanych przez nich przekonań, a dzięki temu umożliwia rozwój własnego systemu wartości. Jeśli terapeuta na tym etapie zawodzi zaufanie

podopiecznego, ujawniając jego sekrety, staje się automatycznie reprezentantem rodziców, od których dziecko stara się zdystansować. Pojawia się tutaj też inne zagrożenie – jeśli terapeuta przyłącza się do dewaluacji rodziców, również zawodzi swojego podopiecznego, gdyż wtedy rozumie jedynie jego potrzebę indywidualizacji, ignorując czasem ukrytą potrzebę zależności. Ważne jest ostrożne podążanie za wychowankiem, „nieopowiadanie się” po żadnej ze stron i próba zrozumienia ich potrzeb oraz towarzyszenie uczestnikowi (czy nawet całej grupie) w tym trudnym rozwojowym zadaniu.

W ostatnim zdaniu omawianej zasady zwrócono uwagę na kwestię limitu informacji, które możemy uzyskać od uczestników grupy. Należy pamiętać, że socjoterapia nie jest psychoterapią, w związku z czym nie ma na grupie miejsca na przepracowywanie głębokich traum, które mogą zostać przez uczestników wprowadzane. W takiej sytuacji naszym zadaniem jest taktowne hamowanie uczestnika oraz objęcie takiej osoby specjalistyczną opieką lub omówienie sytuacji na osobności. Oczywiście każda taka sytuacja wymaga również omówienia na grupie wyjaśnienia dlaczego nie możemy się danym tematem zajmować.

2. Ujawnienie informacji objętych tajemnicą zawodową dopuszczalne jest na prośbę uczestnika socjoterapii lub (jeśli to możliwe) po wcześniejszym poinformowaniu go (...)
 - zachowanie tajemnicy może prowadzić w przyszłości do zagrożenia czyjegoś bezpieczeństwa lub innych dóbr osobistych,
 - zachowanie tajemnicy może prowadzić do naruszenia prawa,
 - ujawnienie poufnych informacji innemu specjalście (lekarz, psychoterapeuta) umożliwi świadczenie uczestnikowi socjoterapii profesjonalnej pomocy,
 - ujawnienie poufnych informacji innemu socjoterapeucie lub supervisorowi jest niezbędne dla zwiększenia skuteczności oddziaływań socjoterapeutycznych.

W dwóch pierwszych podpunktach mowa jest o sytuacjach, które nie pozostawiają wątpliwości, a mianowicie o zagrożeniu bezpieczeństwa lub dóbr osobistych oraz naruszeniu prawa. Jak wynika z prowadzonych badań, uczestnicy socjoterapii niejednokrotnie doświadczają sytuacji kryzysowych podczas trwania procesu terapeutycznego (Soroko, Jankowiak, 2020; Jankowiak, Soroko, 2023). Jeśli zagrożone jest czyjeś bezpieczeństwo, lub zachowanie objęte zasadą poufności nosi znamiona łamania prawa, mamy

wręcz obowiązek ujawnienia takich sytuacji. Dbając jednak o dobro relacji socjoterapeutycznej, powinniśmy każdą sytuację ujawnienia treści przekazanych nam w relacji socjoterapeutycznej omówić z podopiecznym oraz z grupą, starając się dojść do porozumienia i uzyskać zgodę na ujawnienie dyskusyjnych treści.

Reguły tej nie powinno się traktować kategorycznie, w każdej sytuacji powinniśmy skrupulatnie przeanalizować, czy ujawnienie treści objętych zasadą poufności jest bezwzględnie konieczne i jakie to będzie miało konsekwencje dla przymierza socjoterapeutycznego. Myślę tutaj o sytuacjach takich jak na przykład incydentalne korzystanie z używek. Jest to ponownie kwestia dyskusyjna i z pewnością wymaga dobrej współpracy i przymierza z opiekunami wychowanków, jednak warto wypracować taką umowę, dzięki której uczestnicy grupy socjoterapeutycznej mają pewną przestrzeń na łamanie granic. Tutaj od razu chciałam zaznaczyć, że taka umowa wymaga od socjoterapeuty szczególnej uważności i mocnego kręgosłupa moralnego, aby działanie wymierzone na korzyść przymierza nie okazało się zaproszeniem do demoralizacji. Sądzę, że nie ma potrzeby wyjaśniania tego, że niedopuszczalne są sytuacje, kiedy socjoterapeuta towarzyszy podopiecznym w łamaniu granic, np. częstując papierosem czy alkoholem. Takie zachowania nie tylko łamią zasady kodeksu etycznego, ale są również niezgodne z prawem.

Dwa kolejne podpunkty reguły opisującej zasadę poufności obejmują sytuacje superwizji i interwizji oraz innych specjalistów, z którymi kontakt może być konieczny. W sytuacji superwizji, grupy superwizyjnej czy superwizji koleżeńskej oczywiste jest, że reguła może być uchylana pod warunkiem, że rozmowa ma na celu rozwiązanie dylematu dotyczącego pracy z grupą/danym uczestnikiem, nie ma charakteru towarzyskiego, a grupa superwizyjna przestrzega zasady poufności, którą w tej sytuacji jest również objęta. Natomiast w przypadku kontaktów z innymi specjalistami, w szczególności lekarzami niezajmującymi się zdrowiem psychicznym wychowanków, należy zachować szczególną ostrożność przy tym, jakie treści ujawniamy, dbając o to, aby przekazywać danemu specjalistcie jedynie treści niezbędne.

3. Socjoterapeuta musi uzyskać zgodę uczestnika socjoterapii na dokonywanie zapisu elektronicznego sesji oraz na użycie materiałów pochodzących z prowadzonych procesów socjoterapeutycznych do celów szkoleniowych i konferencyjnych. Materiał uzyskany (notatki, zapis audio, zapis video) w trakcie prowadzonych zajęć socjoterapii powinien być zabezpieczony przed możliwością identyfikacji uczestników zajęć.

Punkt ten regulują zasady prawne RODO; każda instytucja powinna posiadać dokumenty, podpisane zgody na przetwarzanie pobranych danych osobowych uczestników. Rzadkością jest rejestrowanie pracy grupy w formie audio czy video, jednak gdy zachodzi taka sytuacja, powinniśmy mieć na to odpowiednią pisemną zgodę uczestników oraz ich prawnych opiekunów. W kwestii szkoleń i konferencji sytuacja przedstawia się podobnie. W swojej pracy podczas superwizji czy wykładów/warsztatów często posługuję się przykładami z własnej praktyki, za każdym razem starając się chronić dane, które mogą prowadzić do identyfikacji uczestnika. Jednak ważne jest również, aby uprzedzać uczestników i ich opiekunów o takiej możliwości i pytać, czy wyrażają zgodę na przytaczanie sytuacji z pracy grupy dla zobrazowania zagadnienia omawianego podczas szkoleń lub wykładów.

Relacje pomiędzy uczestnikiem socjoterapii i socjoterapeutą

1. Socjoterapeuta nie może wykorzystywać swojej pozycji dla osiągnięcia kosztów uczestnika socjoterapii, jego rodziców lub opiekunów korzyści osobistych (np. materialnych, emocjonalnych, seksualnych).

Ten punkt wydaje się jasny, jednak bazując na swoim doświadczeniu pracy jako superwizor i nauczyciel socjoterapii dochodzę do wniosku, że podczas gdy pojęcia korzyści materialnych i seksualnych są zrozumiałe i niezmiernie rzadko zdarza się naruszenie w tym obszarze, to jeśli chodzi o korzyści emocjonalne, granica się rozmywa. Wyjątkowa relacja, jaka nawiązuje się pomiędzy prowadzącym a grupą, wystawia niekiedy na próbę postawę etyczną socjoterapeuty, który może ulegać pokusie skracania dystansu z uczestnikami, nawiązywania bliższych relacji, niehamowania dążeń do indywidualnego kontaktu poza grupą. W swojej pracy jako superwizor socjoterapii superwizuję przeważnie ośrodki, w których często uczestnikami grup są dzieci z dużymi deficytami społecznymi i emocjonalnymi. Dzieci takie często kierują wobec socjoterapeuty pragnienia, aby został „lepszym rodzicem”, mogą dążyć do indywidualnych rozmów, podczas których będą ujawniać tajemnice, których nie chcą ujawniać na grupie. Stawia to socjoterapeutę w bardzo trudnej sytuacji, gdzie z jednej strony pojawia się impuls niesienia pomocy i niezareagowanie na potrzebę wychowanka może wydawać się okrutne i niepotrzebne, jednak z drugiej strony taka sytuacja może doprowadzić do załamania przymierza z grupą

i wykluczenia emocjonalnego uczestnika. Impuls, żeby być pomocnym wiąże się niestety z pragnieniem wejścia w rolę onnipotentnego obiektu, który jest niezastąpiony i wyjątkowy. Dziecko ma prawo pragnąć relacji z takim obiektem, jednak naszym zadaniem jest postawić granicę i łagodnie zachęcić do poruszania spraw, z którymi się zgłasza, na grupie albo do wejścia w indywidualny kontakt z psychoterapeutą. Wątek ten obejmuje również kolejny punkt kodeksu:

2. Socjoterapeuta unika wszelkich relacji towarzyskich z uczestnikiem grupy socjoterapeutycznej, które mogą ograniczyć jego neutralność i bezstronność w prowadzonym procesie socjoterapii.

Podobnie jak w relacji terapeutycznej, specyficzna forma zależności pomiędzy socjoterapeutą a uczestnikiem grupy nie zmienia swojego charakteru po zakończeniu tejże relacji. Terapeuta staje się dla swojego podopiecznego symbolicznym obiektem, dlatego nawet jeśli pojawia się pragnienie ze strony uczestnika na zmianę tej relacji na bardziej partnerską czy nawet intymną, utorowanie takiej zmiany jest niedopuszczalne. Wynika to z tego, że podczas procesu socjoterapii uczestnicy internalizują obiekt socjoterapeuty jako figurę „rodzica”, pozostając z nim w relacji zależności. Zmiana tej relacji, skrócenie dystansu prowadzi do podobnych konsekwencji, jak w przypadku rodzica, który wychodząc ze swojej roli staje się bardziej „kolegą” niż opiekunem. W ten sposób dziecko traci oparcie w dorosłym.

Grupa socjoterapeutyczna może spełnić bardzo ważną funkcję rozwojową, wspomagać bezpieczny proces separacji dziecka oraz rozwoju dojrzałej tożsamości (Erikson, 2000; Blos, 1962). Odpowiadając na pragnienia wychowanka zbliżenia się do nas w kontakcie indywidualnym, możemy niestety nieświadomie zahamować ten proces, wikłając dziecko w relację z nami, równocześnie pozbawiając je relacji z grupą, która powinna pełnić funkcję obiektu przejściowego. Dodatkowym zagrożeniem jest też załamanie przymierza z grupą, która zazdrośnie obserwuje tworzącą się wyjątkową diadę oraz narażenie wychowanka na odrzucenie ze strony grupy.

Kolejnym dylematem, z którym często borykają się socjoterapeuci pracujący w placówkach takich jak ośrodki socjoterapeutyczne i świetlice jest to, że kontakt z wychowankami może nie ograniczać się jedynie do zajęć, a obejmuje też szereg innych aktywności, takich jak kolonie i półkolonie, obozy, wycieczki, wyjścia do ośrodków kulturalnych (Jankowiak, Brzezińska, Soroko, 2024; Brzezińska, Jankowiak, Soroko, 2023a; Brzezińska, Jankowiak,

Soroko, 2023b). Niezwykle trudno wtedy zachować pozycję neutralną, której wymaga praca terapeutyczna. Z pomocą może przyjść wiedza o tym, że jest to sytuacja narażająca nas na wejście w relację, którą szeroko opisałam powyżej. Obowiązuje nas szczególna dbałość o to, aby trzymać się granic, nie stwarzając równocześnie niepotrzebnie dużego dystansu.

3. W trosce o godność zawodu, każdy socjoterapeuta powinien być szczególnie odpowiedzialny za to, żeby rozpoznawać i reagować na wszelkie sytuacje, które wykraczają poza przyjęte ramy relacji socjoterapeuta-uczestnik grupy.

Kwestia reagowania na sytuacje naruszeń kodeksu przez naszych kolegów jest oczywiście bardzo delikatna i trudna. Nikt nie chce stać się donosicielem, a w momencie, kiedy myślimy o zgłoszeniu zachowania kolegi/koleżanki, mogą nas ogarniać wątpliwości odnośnie do słuszności naszych zarzutów. Najprostszym krokiem jest oczywiście rozmowa z osobą, która w naszym odczuciu zachowuje się nieetycznie, natomiast przy braku reakcji i chęci współpracy pozostaje zgłoszenie do odpowiednich organów. Tutaj znowu napotykamy na problem związany z brakiem regulacji prawnej zawodu socjoterapeuty. Najlepszym istniejącym rozwiązaniem jest sąd koleżeński, który obiektywnie rozpatrzy charakter naruszenia i podejmie odpowiednie środki w celu pouczenia socjoterapeuty o jego niewłaściwym zachowaniu. Jednak aby móc daną osobę zgłosić do sądu koleżeńskiego, musi być ona zrzeszona w stowarzyszeniu, do którego kierowana jest skarga, co w obliczu faktu, że jedynymi stowarzyszeniami zrzeszającym socjoterapeutów są Polskie Towarzystwo Psychologiczne w Sekcji Socjoterapii oraz Polskie Stowarzyszenie Socjoterapeutów, a członkostwo w nich jest nieobowiązkowe, stawia nas w sytuacji, kiedy właściwie nie ma narzędzi poza próbą rozmowy z problematycznym wychowawcą bądź jego przełożonym.

To z kolei nasuwa na myśl kolejny problem, którym jest wspomniana już przeze mnie kwestia instytucji, w których prowadzona jest socjoterapia. Zasady, którymi rządzi się instytucja nie zawsze spełniają wymogi kodeksów etycznych; ponownie mam tu na myśli sytuacje uczestniczenia w imprezach, koloniach, wyjściach, gdzie charakter relacji wychowanek-terapeuta ulega dużej zmianie w porównaniu z sytuacją grupową. Od socjoterapeutów wymaga to podejmowania rozmów i negocjacji z pracodawcami w celu wypracowania zasad, które pozwolą na przestrzeganie zasad kodeksu, a równocześnie nie zaburzą pracy i celów statutowych instytucji.

4. Socjoterapeuta nie powinien podejmować się prowadzenia oddziaływań socjoterapeutycznych wobec własnej rodziny lub znajomych.

Ten punkt wydaje się dość jednoznaczny i nie wymaga szerokiego omówienia. Podejmowanie działań terapeutycznych wobec członków rodziny naraża nas na utratę neutralności, dlatego kodeksy towarzystw psychoterapeutycznych wyraźnie tego zabraniają. Podobnie rzecz ma się w przypadku socjoterapii; praca na procesie grupowym nie mogłaby przebiegać harmonijnie, jeśli w grupie znajdowałaby się osoba w relacji zależności innej, niż terapeutyczna wobec prowadzącego.

5. Relacja socjoterapeutyczna jest dobrowolna i uczestnik grupy może w każdym momencie przerwać kontakt socjoterapeutyczny.

Jest to rzecz jasna bezwzględne prawo każdego, aby po pomoc sięgać z własnej nieprzymuszonej woli. Jednak w przypadku pracy z młodzieżą nie jest to takie oczywiste; rzadko zdarzają się bowiem sytuacje, kiedy młodzież po pomoc sięga sama. Coraz częściej psychiatrzy, poradnie psychologiczno-pedagogiczne wydają opinie, w których zaleceniem jest udział w grupie socjoterapeutycznej. Czasem po prostu rodzice, ze względu na trudności wychowawcze lub niepokojące zachowania, zgłaszają swoje dziecko na socjoterapię. W takich sytuacjach ważne jest, aby uzyskać zgodę dziecka na działania terapeutyczne. W przypadku kiedy dziecko samo nie ma wyraźnego negatywnego stosunku do udziału w grupie, ważne jest, aby zwrócić mu uwagę, że jest to też jego decyzja, aby miało poczucie, że proces socjoterapeutyczny nie jest czymś „na zewnątrz”, narzuconym przez system, a ono jest traktowane podmiotowo. W przypadku kiedy dziecko wyraża aktywny sprzeciw lub przejawia oporową postawę, sytuacja się komplikuje. Bardzo ważne, żeby wyraźnie zakomunikować zarówno podopiecznemu, jak i jego opiekunom, że nie ma możliwości uczestniczenia w grupie osoba, która tego nie chce. Jednak można spróbować wypracować taką zgodę. Sama zachęcam superwizantów do negocjowania z niechętną młodzieżą warunków uczestnictwa w grupie, na przykład zawrzeć umowę na „danie szansy” i zdeklarowanie się na określone czasowo uczestnictwo z możliwością wycofania tej deklaracji. W takiej sytuacji dziecko zyskuje poczucie sprawczości, co może mu ułatwić wydobyć się z oporu i potraktowanie uczestnictwa jako swojej dobrowolnej decyzji. Takie podejście pomaga poradzić sobie z omawianym wyżej konfliktem pomiędzy potrzebami zależności i autonomii. Dobrowolne przystanie na

uczestnictwo w grupie może mocno atakować pragnienia separacyjne, dlatego tak ważna jest wyrozumiałość terapeuty i postawa cierpliwości i elastyczności oraz zgody na to, że napór pragnień indywidualnych będzie prowadził do podważania jego autorytetu.

W sytuacji kiedy niechętny nastolatek jednak utrzyma się w postawie oporu i pomimo omawiania tego dylematu nie będzie wyrażał zgody na uczestniczenie w grupie, powinniśmy na to pozwolić, zaznaczając, że gdyby zmienił zdanie, możliwy będzie powrót. Jest to trudne w sytuacji, kiedy uczestnictwo w grupie wiąże się z nakazem sądowym. Wtedy należy również omówić konsekwencje rezygnacji z uczestniczenia w grupie, podkreślając jednak, że uczestnictwo z przymusu również nie przyniesie pożądanych efektów. Tutaj nasuwa się wspomniana już przeze mnie współpraca z instytucją, w której socjoterapeuta jest zatrudniony. Ważne jest zrozumienie przełożonych.

Superwizja i rozwój umiejętności zawodowych

1. Socjoterapeuta zobowiązany jest do korzystania z superwizji swojej pracy zawodowej.

O tym, jak ważna jest superwizja w zawodzie socjoterapeuty, jak i każdym innym zawodzie związanym z pomaganiem, można by napisać osobny artykuł. Praca z ludźmi, a w szczególności praca z osobami niedostosowanymi społecznie, problemowymi czy dziećmi, adolescentami buntującymi się przeciwko stałym zasadom, wymaga bardzo dużo emocjonalnego zaangażowania od socjoterapeuty. Superwizja może pomóc w pilnowaniu granic, uświadamianiu sobie własnych reakcji wywołanych przez proces grupowy lub mechanizmy obronne członków grupy. Dzięki superwizji można też uświadomić sobie zjawiska hamujące proces grupowy, które możemy przestać zauważać, samymi będąc w procesie (Makulski, 2017).

Zagadnienie superwizji jest również bardzo problematyczne, przede wszystkim ze względu na dostęp do superwizorów. Na stronie Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (PTP) widnieje informacja o przyznaniu 64 certyfikatów socjoterapeuty z uprawnieniami do superwizji. Polskie Stowarzyszenie Socjoterapeutów ma listę 19 osób, z których część nazwisk pokrywa się z listą PTP. Biorąc pod uwagę fakt, że aktywnie działających świetlic i ośrodków socjoterapeutycznych w Polsce są setki, liczba kilkudziesięciu superwizorów jest zdecydowanie zbyt mała. Problem leży z jednej strony

w braku regulacji prawnych, które nie mobilizują osób z odpowiednim doświadczeniem do robienia certyfikatów, ale również w braku mobilizacji samych socjoterapeutów do tego, aby aktywnie poszukiwać superwizorów. PTP umożliwia w swoich kryteriach korzystanie z *interwizji*, czyli tzw. superwizji koleżeńskej. Jednak aby interwizja miała profesjonalny wymiar, potrzebne są szkolenia, aby kształcić socjoterapeutów również pod tym kątem. Kolejny punkt będzie rozwinięciem tej myśli.

2. Obowiązkiem każdego socjoterapeuty jest ciągle rozwijanie swoich umiejętności zawodowych, poprzez udział w specjalistycznych szkoleniach, sympozjach i warsztatach itp., umożliwiających poszerzenie wiedzy.

W punkcie tym na plan pierwszy wysuwa się kwestia poszerzania i aktualizacji wiedzy, jednak równie ważną funkcję pełni utrzymywanie kontaktów ze środowiskiem specjalistów. Każda osoba pracująca w branży pomocowej jest narażona na „wypalenie”. O korzystnym działaniu superwizji pisałam w powyższym paragrafie. Sytuacja szkolenia czy wyjazd na konferencję pomaga zdystansować się do rutyny, stwarza okazję do wymiany doświadczeń z innymi specjalistami. Psychologia, której częścią jest socjoterapia, jest dynamicznie rozwijającą się dziedziną wiedzy, dlatego specjalista, który uzyskał dyplom kilkadziesiąt lat temu, nie może bazować jedynie na wiedzy uzyskanej podczas studiów, a powinien tę wiedzę ciągle uaktualniać i poszerzać tak, aby oferować swoim podopiecznym najlepszą i najbardziej profesjonalną pomoc i wzmacniać poczucie kompetencji zawodowych (Jankowiak, Soroko, 2014; Jankowiak, Soroko, 2016).

3. Socjoterapeuta nie powinien podejmować pracy zawodowej, kiedy jego stan zdrowia lub inne okoliczności ograniczają mu możliwość podejmowania odpowiedniej oceny sytuacji.

Ten punkt obejmuje zagadnienie zdolności do pracy, której oszacowanie w przypadku zawodu socjoterapeuty jest bardzo niejasne, a ocena tego, czy dana osoba jest w stanie prowadzić grupę w sytuacji, kiedy jest chora lub sama doświadcza kryzysów życiowych, jest bardzo niejednoznaczna. Z jednej strony w momencie, kiedy jesteśmy emocjonalnie zaangażowani w nasze prywatne sprawy, trudno jest otworzyć się na proces grupowy i rzetelnie towarzyszyć grupie w jej pracy, odpowiednio obserwując i komentując to, co się dzieje. Z drugiej jednak strony decyzja o odwołaniu zajęć czy zrobieniu

przerwy w pracy (na przykład ze względu na żalobę) może naruszyć przy-
mierze z grupą i zaburzyć jej pracę. Tutaj znowu nasuwa się zagadnienie
superwizji lub interwizji, która może pomóc podjąć decyzję w przypadku
tego rodzaju trudnych dylematów.

4. Superwizor socjoterapii dba o transparentność procesu superwizji,
zwłaszcza w obszarze informacji: o posiadanych kompetencjach i upraw-
nieniach, o kosztach odpłatności za superwizję, o ramach superwizji oraz
o czasie jej trwania.

W tym punkcie podkreśla się ramy etyczne procesu superwizji. Superwizor
tytułujący się w ten sposób powinien posiadać kwalifikacje uprawniające go
do używania tej nazwy. Powinien również otwarcie komunikować superwi-
zantom, jakie uprawnienia posiada. Znowu wraca dylemat braku regulacji
prawnych zawodu socjoterapeuty, a przez to również superwizora socjoterapii.
W instytucjach, w których prowadziłam grupy superwizyjne socjoterapeutów
nie spotkałam się z sytuacją, w której wymagano by ode mnie dokumentacji
moich uprawnień. Przy braku dostępności superwizorów jest to zrozumiałe.
Można tylko liczyć na to, że jest to okres przejściowy, a wraz z rozwojem
socjoterapii i wzrostem świadomości tego, czym jest zawód socjoterapeuty,
pojawi się tendencja do dążenia w kierunku certyfikacji.

Prawa i obowiązki socjoterapeuty

1. Socjoterapeuta nie może akceptować warunków pracy, które ograniczają
lub uniemożliwiają stosowanie zasad etyki zawodowej i ma obowiązek
reagować, jeżeli warunki pracy ograniczają lub uniemożliwiają stosowanie
zasad etyki zawodowej przez niego lub jego współpracowników. W przy-
padku konfliktu interesów pomiędzy instytucją, w której zatrudniony
jest socjoterapeuta a grupą lub uczestnikiem grupy socjoterapeutycznej
należy wybrać dobro grupy lub uczestnika socjoterapii. Jeżeli nie jest to
możliwe, należy zawiesić kontakt z instytucją lub z prowadzoną grupą
socjoterapeutyczną na czas rozwiązywania konfliktu.

Do tematyki tego punktu nawiązywałam już powyżej. Nie zawsze w in-
stytucjach, w których prowadzona jest socjoterapia, zarząd i inni pracownicy
to osoby, które posiadają wiedzę na temat specyfiki tego zawodu (Jankowiak,

Soroko, 2020). W tym momencie szczególnie wyraźnie widać potrzebę regulacji prawnych zawodu socjoterapeuty, dzięki czemu, planując swoją pracę, byłby objęty ochroną i miałby podstawy prawne do swoich argumentów o wprowadzaniu zmian sprzecznych z oczekiwaniami pracodawcy.

Niezwyczajnie dyskusyjne w moim odczuciu jest zalecenie, aby zawiesić kontakt z instytucją w sytuacji braku możliwości porozumienia. Z jednej strony wydaje się jasne, że jeśli instytucja wymaga działań rażąco sprzecznych z kodeksem etycznym, to dobrze byłoby nie nawiązywać z taką instytucją współpracy, jednak w obliczu trudności z uzyskaniem pracy w zawodzie socjoterapeuty może to stawiać daną osobę przed zagrożeniem utraty pracy. Nie ma jednego dobrego rozwiązania tego konfliktu. To, co wydaje mi się konieczne, to szerzenie wiedzy i myśli socjoterapeutycznej, co wiąże się z pewnego rodzaju „wychowywaniem” społeczeństwa, dzięki czemu można liczyć na to, że socjoterapeuci nie będą w swojej pracy stawiani przed wyborem: praca albo trzymanie się zasad.

2. Socjoterapeuta ma prawo ustalić granice w swojej pracy w stosunku do zachowań agresywnych, obraźliwych kierowanych pod jego adresem.

Kontrakt socjoterapeutyczny powinien obejmować agresywne zachowania nie tylko wobec grupy, ale również wobec prowadzącego. Jest to oczywiste, że każdą sytuację powinno się rozpatrywać osobno i indywidualnie, jednak pracując z grupą należy być przygotowanym na ewentualność rozwiązania kontraktu z uczestnikiem, który rażąco i stale narusza zasady, wprowadzając w ten sposób atmosferę zagrożenia.

3. Socjoterapeuta może odmówić przejścia uczestnika do grupy socjoterapeutycznej, jeżeli uzna, że ta forma pomocy nie jest właściwa. W takim przypadku powinien wskazać inne alternatywne formy pomocy, bardziej dostosowane do problemów uczestnika grupy.

Dylemat, do którego nawiązuje ten punkt, omawiałam już wcześniej. Rekrutacja członków grupy socjoterapeutycznej powinna obejmować diagnozę socjoterapeutyczną. Diagnoza ma na celu weryfikację zdolności kandydata do uczestniczenia w takiej grupie. Oddziaływania socjoterapeutyczne mają charakter bardziej rozwojowy, korekcyjny, dlatego osoby z zaburzeniami osobowości mogą mieć ograniczoną możliwość korzystania z tego rodzaju pracy; nie jest ona dostosowana do ich potrzeb. Przy małych zdolnościach

empatycznych osób z zaburzoną osobowością problematyczne może być dostosowanie się do zasad i dbałość o dobro współuczestników. Informacje zwrotne czy konfrontacje mogą być przeżywane urażliwie i dana osoba może mieć dużą trudność w zrozumieniu ich opiekuńczej funkcji. W przypadku zaburzeń o małym nasileniu można to przepracować, jednak w sytuacjach, kiedy na grupie znalazłaby się osoba ze średniego czy niskiego poziomu borderline (Yeomans i in., 2015), zwykła informacja zwrotna może mieć traumatyzujący wpływ i prowadzić do dekompensacji; jest po prostu zbyt frustrująca, a warunki grupy socjoterapeutycznej nie pozwalają na przygotowywanie interwencji w odpowiedni sposób. Choć oczywiście nie jest też tak, że dla osoby z zaburzeniem osobowości praca socjoterapeutyczna zupełnie nie będzie pomocna; po prostu nie należy oczekiwać, że socjoterapia będzie w stanie dać taki efekt jak psychoterapia. Nie jest to bowiem praca tak pogłębiona.

4. Każdy socjoterapeuta powinien reagować na znane sobie fakty odstępstw od zasad etyki zawodowej ze strony innych socjoterapeutów.

Kwestię tą omawiałam wyżej. Zaznaczę, że problematyczne jest to, iż regulamin Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów obejmuje tylko członków Stowarzyszenia. Nie wszyscy socjoterapeuci mają potrzebę zrzeszania się. Polskie Towarzystwo Psychologiczne ma swoją sekcję, jednak nie ma listy członków sekcji, w związku z czym nie ma możliwości sprawdzenia, czy nieetycznie pracujący socjoterapeuta podlega zasadom etycznym danego Stowarzyszenia. Ponownie – regulacje prawne zawodu socjoterapeuty wymuszałyby na socjoterapeutach konieczność zrzeszania się i przestrzegania wyznaczonych zasad etycznych.

Pomimo tego że, jak już pisałam, decyzja o tym, aby złożyć skargę na pracę swojego kolegi/koleżanki stawia nas w bardzo wrażliwej pozycji, to sytuacja, w której ignorujemy nieetyczne zachowanie innych socjoterapeutów wpływa na to, jak zawód socjoterapeuty jest postrzegany w środowisku. Do tego wątku wrócę w punkcie 6.

5. W relacjach z osobami z pracy socjoterapeuta zobowiązany jest do powstrzymania się od deprecjonowania drugiej osoby oraz używania profesjonalnych ocen do rozgrywek osobistych. Wszystkie wypowiedzi o współpracownikach powinny zawierać prawdziwe informacje oraz powinny być formułowane z należyтым szacunkiem.

Założenia tego punktu zostały opisane bardzo precyzyjnie i nie wymagają obszernego komentarza. O godnej postawie socjoterapeuty wspomnę jeszcze w ostatnim punkcie, jednak tutaj chciałabym skoncentrować się na kwestii „profesjonalnych ocen”. W procesie kształcenia psychologów edukuje się ich również w zakresie etycznych zasad tego zawodu. Ponieważ psycholog zostaje wyposażony w specjalistyczną wiedzę i narzędzia diagnostyczne, niezwykle ważne jest, aby mieć na uwadze, w jakich sytuacjach wiedzy tej używamy. Podobnie jest w przypadku socjoterapeutów, którzy zostają wyposażeni w specjalistyczną wiedzę z dziedziny psychopatologii. Niedopuszczalne jest wydawanie „profesjonalnych” sądów o kolegach czy koleżankach z pracy w sytuacji publicznej, szczególnie w obecności osób, które pozostają z nimi w sytuacji zależności, gdyż może to skutkować podważaniem ich aurytetytu. Po raz kolejny – kwestia jest dość złożona, biorąc pod uwagę punkt 4. Kiedy widzimy nieetyczne działania naszych kolegów, odniesienie się do tego, publiczne nazwanie i potępienie danego zachowania wydawałoby się dobrym rozwiązaniem, jednak wątpliwość może budzić sytuacja, w której ten temu zaprzecza, oskarżając nas o pomówienia, a tym samym narażając nas na bycie posądzonym o nieetyczne zachowanie. Tego rodzaju dylematy powinny być rozstrzygane przez odpowiedni w Stowarzyszeniu organ – sąd koleżeński.

6. Socjoterapeuta powinien dbać o dobre imię Towarzystwa.

Ten szeroki punkt zamykający szereg zasad etycznych obowiązujących socjoterapeutów zrzeszonych w Polskim Stowarzyszeniu Socjoterapeutów pozostawia wiele przestrzeni na interpretację. Czym właściwie miałyby być dbanie o dobre imię Towarzystwa? W moim rozumieniu wiąże się to z faktem, iż wszystkie zawody, w których występuje jakaś forma zależności pomiędzy nami a odbiorcą naszych działań, są zawodami zaufania publicznego, o czym pisałam szerzej w punkcie 1 założeń ogólnych. Decydując się na pracę w obszarze pomocowym musimy pamiętać o tym, że to, w jaki sposób funkcjonujemy prywatnie, jest świadectwem naszej funkcji jako socjoterapeuty. Z jednej strony każdy z nas ma prawo do życia prywatnego i jasne jest, że powinniśmy tego prawa chronić, niemniej musimy być przygotowani na to, że nasi podopieczni będą zainteresowani tym, kim jesteśmy prywatnie. Dlatego postępowanie zgodne z zasadami, które głosimy, jest tutaj szczególnie istotne.

Postanowienia końcowe

Wszelkie skargi dotyczące naruszenia zasad etyki zawodowej przez socjoterapeutów zrzeszonych w Polskim Stowarzyszeniu Socjoterapeutów rozpatrują władze Towarzystwa. Szczegółowe kompetencje poszczególnych organów Towarzystwa oraz tryb odwoławczy określa Statut Towarzystwa.

W PSS organem wyznaczonym do rozpatrywania skarg jest Sąd Koleżeński. Skargę na członka Stowarzyszenia, który łamie zasady kodeksu etycznego można składać pisemnie, na adres siedziby Stowarzyszenia. Regulamin Sądu Koleżeńskiego można znaleźć pod adresem [<https://socjoterapia-pss.pl/regulamin-sadu-kolezenskiego.html>]. W punkcie opisującym postępowanie w Sądzie Koleżeńskim na samym początku widnieje zapis „postępowanie pojednawcze”. Należy pamiętać, że nawet w sytuacji, kiedy niezadowolony uczestnik grupy lub jego opiekun złożą na nas skargę, Sąd nie zakłada z góry, że jesteśmy winni. Podczas postępowania jest miejsce na to, aby usłyszeć argumenty obu stron i poznać różne punkty widzenia tej problematycznej sytuacji. W momencie kiedy okazuje się, że doszło do nieintencjonalnego naruszenia zasad i nie są to zasady rażąco pogwałcające prawa naszych podopiecznych (do takich zalicza się różne formy przemocy fizycznej i psychicznej), to konsekwencje, jakie mogą spotkać oskarżonego, nie są surowe. Zasady etyczne mają wytyczać ramy, być pewnego rodzaju kompasem, którym powinniśmy się kierować w pracy; nie pełnią funkcji ograniczającej i karzącej.

W artykule tym chciałam przede wszystkim poddać analizie etykę zawodu socjoterapeuty, z naciskiem na niejednoznaczność pojęcia „socjoterapeuta”. Starałam się zwracać uwagę na dylematy wiążące się z przestrzeganiem zasad etycznych w obliczu braku regulacji prawnych, które wyznaczałyby ramy pracy socjoterapeutów, ale równocześnie chroniły ich samych, zapewniając ramy zatrudniającym je instytucjom. Pojęcia takie jak „kodeks”, „regulamin”, „sąd koleżeński” kojarzą się pejoratywnie i mogą budzić niepokój u specjalistów, co wynika z lęku, że ktoś mógłby ich osądzić albo oskarżyć. Chciałabym podkreślić rolę chroniącą takich ram. Jak pisałam w punkcie o Sądzie Koleżeńskim PSS, zadaniem takich organów jest przede wszystkim wyznaczanie ram naszych oddziaływań w taki sposób, aby nasze postępowanie zapewniało konstruktywną pracę i chroniło zarówno naszych podopiecznych, jak i nas samych.

LITERATURA

- Blos, P., (1962) *O adolescencji – psychoanalityczna interpretacja*, tłum. P. Rodziński, New York: The Free Press of Glencoe.
- Brzezińska, A.O., Jankowiak, B.A., Soroko, E. (2023a). Funkcjonowanie świetlic socjoterapeutycznych w czasie pandemii COVID-19 w Gdańsku, Poznaniu i Katowicach. *Studia Edukacyjne*, 23–38. Pobrano z: <https://doi.org/10.14746/se.2023.69.2>.
- Brzezińska, A.O., Jankowiak, B.A., Soroko, E. (2023b). Socjoterapia w świetlicy socjoterapeutycznej. Badanie świetlic socjoterapeutycznych w Gdańsku, Katowicach i Poznaniu. *Resocjalizacja Polska*, 115–132. Pobrano z: <https://doi.org/10.22432/pjsr.2023.26.09>.
- Erikson, E., (2000). *Tożsamość a cykl życia*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Głita, P. (2016). Pacjent młodzieżowy i jego terapeuta w kontekście rodzinnym — perspektywa psychodynamiczna, *Psychoterapia* 4(179), 71–86.
- Jankowiak, B. (2015). Kompetencje socjoterapeuty – wybrane zagadnienia. *Studia Edukacyjne*, 37, 289–311.
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2013a). Czynniki pomocowe w socjoterapii dzieci i młodzieży – refleksja teoretyczna. W: Jankowiak (red.), *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2013b). Socjoterapia a inne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej. W: B. Jankowiak (red.), *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2021). *Socjoterapia młodzieży. Studium psychologiczno-pedagogiczne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Jankowiak, B.A., Soroko, E., (2016). Wybrane determinanty doświadczania pracy zawodowej przez socjoterapeutów. *Przegląd Pedagogiczny*, 1, 102–115.
- Jankowiak, B.A., Soroko, E. (2020). Wyzwania w pracy socjoterapeutycznej z dziećmi i młodzieżą. Perspektywa prowadzących grupy. *Resocjalizacja Polska*, 299–318. Pobrano z: <https://doi.org/10.22432/pjsr.2020.20.19>.
- Jankowiak, B.A., Soroko, E. (2023). Jakościowa analiza autonarracji socjoterapeutów na temat problemów nastoletnich uczestników grup i przebiegu socjoterapii. *Biuletyn Socjoterapeutyczny*, 1, 85–104.
- Jankowiak, B.A., Brzezińska, A., Soroko, E. (2024). Funkcjonowanie świetlic socjoterapeutycznych i branding oferowanych usług. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2014). Style socjoterapeutycznej pracy grupowej z dziećmi i młodzieżą z perspektywy czynników pomocowych. *Studia Edukacyjne*, 31, 195–218.
- Makulski, M. (2017). Terapeutyczne aspekty pracy z zaburzeniami zachowania u adolescentów. Podejście psychodynamiczne. W: B. Jankowiak, A. Matysiak-Błaszczak (red.), *Młodzież między ochroną a ryzykiem. Wspieranie rozwoju oraz pomoc*

- psychologiczno-pedagogiczna dla adolescentów i adolescentek (s. 407–431). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Marcia, J.E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 551–558.
- Sawicka, H. (1998) Socjoterapia – Proces i Metoda. W: Sawicka H. (red), Socjoterapia. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- Soroko, E., Jankowiak, B.A. (2020). Shaping Social and Psychological Competencies or Intervening in a Crisis? Sociotherapists' Experiences of Helping Adolescents in Poland. *International Journal for the Advancement of Counselling* 42, 349–365.
- Wilk, M. (2014). Diagnostyka w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Yeomans, F.E., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F. (2015). Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w leczeniu zaburzeń osobowości borderline. Podręcznik kliniczny. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej.

JACEK RUCIŃSKI
Krakowskie Centrum Psychodynamiczne

WYKORZYSTANIE PSYCHODYNAMICZNEGO ROZUMIENIA PROCESU GRUPOWEGO W TRENINGU INTERPERSONALNYM JAKO METODZIE KSZTAŁCENIA SOCJOTERAPEUTÓW I PSYCHOTERAPEUTÓW

STRESZCZENIE

Artykuł jest opisem metody kształcenia socjoterapeutów i psychoterapeutów w ramach Psychodynamicznego Studium Socjoterapii i Psychoterapii Młodzieży w Krakowskim Centrum Psychodynamicznym. Scharakteryzowano historię powstania i ewolucji treningu interpersonalnego jako metody wykorzystywanej do przygotowania profesjonalistów pracujących w intensywnym kontakcie interpersonalnym oraz opisano wariant treningu stosowany w Krakowskim Centrum Psychodynamicznym. W zarysie nakreślone zostały najważniejsze założenia psychodynamicznego rozumienia rozwoju procesu grupowego oraz zaprezentowano przykłady jego praktycznego zastosowania w grupie treningowej.

Słowa kluczowe: trening interpersonalny, psychodynamiczne rozumienie procesu grupowego, kształcenie socjoterapeutów i psychoterapeutów, opis przypadku

USING PSYCHODYNAMIC UNDERSTANDING OF GROUP PROCESS IN INTERPERSONAL TRAINING AS SOCOTHERAPISTS' AND PSYCHOTHERAPISTS' TECHING METHOD

ABSTRACT

The article is a description of the method of educating sociotherapists and psychotherapists within the Psychodynamic Study of Socioterapy and Youth Psychotherapy at the Krakow Psychodynamic Center. The history of the creation and evolution of interpersonal training as a method used to prepare professionals working in intensive interpersonal contact is characterized, and a variant of training used at the Krakow Psychodynamic Center is described. The most important assumptions of the psychodynamic understanding of the development of the group process are outlined and examples of its practical application in a training group are presented.

Keywords: interpersonal training, psychodynamic understanding of group process, education of sociotherapists and psychotherapists, case study

Rys historyczny

Gdyby zapytać, jak narodził się trening interpersonalny, jedną z pierwszych odpowiedzi mogłaby być: przypadkiem. W roku 1946 władze Stanu Massachusetts w USA poszukiwały kierownika szkolenia kadry administracyjnej dla programu rozwiązywania problemów uprzedzeń na tle rasowym i religijnym. Wybór padł na pracującego w tamtym czasie w Massachusetts Institute of Technology na stanowisku dyrektora Centrum Badań nad Dynamiką Grupową, urodzonego w Mogilnie (obecne Województwo Kujawsko-Pomorskie), psychologa Kurta Lewina. Lewin wraz z kilkunastoma współpracownikami opracował program szkolenia dla kadr administracji stanowej, składający się z wykładów i seminariów, oraz nowatorskiego pomysłu dziesięcioosobowych grup warsztatowych, których uczestnicy mieli wymieniać się osobistymi doświadczeniami w pracy. Każdej takiej grupie przypisano badacza – obserwatora z ramienia organizatorów szkolenia, którego zadaniem miało być obserwowanie i spisywanie procesu pracy danej grupy. Po każdym zakończonym dniu szkolenia obserwatorzy wymieniali się uwagami dotyczącymi poszczególnych grup, o czym w pewnym momencie dowiedzieli się uczestnicy zajęć. Niektórzy z nich zgłosili chęć udziału w omówieniach wyników, co spotkało się z wątpliwościami zespołu szkolącego. Obawiano się, jaka będzie reakcja uczestników, gdy w otwartej dyskusji usłyszą oni, jak są postrzegani przez innych. Początkowo wyrażono zgodę na udział w dyskusjach podsumowujących niektórym uczestnikom grup – jednak bez prawa głosu. W krótkim czasie okazało się, że poruszane kwestie wzajemnych relacji między uczestnikami budzą wiele emocji, a obserwujący do tej pory biernie omówienia członkowie grup mocno emocjonują się tym, co się wówczas dzieje. Widząc poruszenie, jakie w osobach obserwujących wywołuje słuchanie komentarzy na swój temat, pozwolono im na włączanie się do rozmów. Spotkania te szybko stały się wielogodzinnymi posiedzeniami, w których dochodziło do wielu emocjonujących dyskusji. Lewin oraz jego współpracownicy błyskawicznie uświadomili sobie, że właśnie zetknęli się ze zjawiskiem o ogromnym potencjale rozwojowym. Stworzenie uczestnikom grup okazji do swobodnego, odbywającego się w czasie rzeczywistym i przebiegającego w przyjaznym i bezpiecznym otoczeniu badania swojej reakcji na innych, a także reakcji innych na samych uczestników sprawiło, że większość osób biorących udział we wspomnianym projekcie, a także w później organizowanych „grupach T” (*training groups*) zostało przez nich bardzo docenione. Uczestnicy cenili sobie zdobytą w ten sposób wiedzę i doświadczenie;

w badaniach podsumowujących projekt zwracano uwagę m.in. na wzrost zaufania do ludzi, zwiększanie poczucia akceptacji dla własnej osoby, większą ekspresyjność i elastyczność zachowania (Jedliński, 2000, s. 8). Efekty te uczestnicy oceniali jako daleko więcej wnoszące niż merytoryczne części projektu, skupione wokół konkretnych problemów zawodowych.

Do 1948 roku (już po śmierci Lewina) powstaje organizacja NTL (*National Training Laboratory*), swoim działaniem obejmująca całe USA. „Grupy T” stały się powszechnie wykorzystywanym elementem przygotowania profesjonalistów, którzy pracują w intensywnym kontakcie z drugim człowiekiem, m.in. psychoterapeutów, managerów, pracowników administracyjnych, medycznych oraz nauczycieli. Skupiały się głównie na uczeniu umiejętności interpersonalnych i rozumieniu procesu rozwoju grupy. Bardzo szybko narzędziem tym zainteresowali się psycholodzy humanistyczni z Carlem Rogersem na czele, twórcą modelu „grup spotkaniowych” (*encounter groups*). Podkreślano w nich, że w wyniku spotkania z drugim człowiekiem przebiegającego w atmosferze wzajemnej akceptacji i nieoceniającego stosunku uczestnicy mogą odrzucić noszone na co dzień w relacjach społecznych „maski” i skontaktować się ze swoim prawdziwym „ja”. Jeszcze w końcu lat czterdziestych Rogers wykorzystywał „grupy spotkaniowe” jako ważny element szkolenia psychoterapeutów mających podjąć pracę w funkcji doradców żołnierzy wracających z wojny. Przypisywano tym spotkaniom nawet potencjał terapeutyczny w rozumieniu psychologii humanistycznej (Kulik, 2021, s. 19). Połączenie grup treningowych z myśleniem psychoanalitycznym było skutkiem działań środowiska skupionego wokół Wilfreda Biona, który w owym czasie czynił ogromny wkład w kształtowanie się nurtu grupowo-analitycznego w terapii grupowej w Wielkiej Brytanii. Jego współpracownicy i kontynuatorzy jego myśli obecni byli także w USA. Od roku 1967 za sprawą W. Schutza powstały grupy treningowe wykorzystujące elementy jogi, medytacji, techniki psychodramy, a także terapii *gestalt* (Zaborowski, 1985, s. 17). Próba łączenia potencjału rozwojowego „grup T” oraz „grup spotkaniowych” ze spodziewanymi efektami terapeutycznymi wywołała w rozwoju i użyciu tych narzędzi sporo zamieszania w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych. Przełom lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych to stopniowe porządkowanie tej kwestii i odrodzenie pierwotnej funkcji narzędzia – funkcji rozwojowej i psychoedukacyjnej – najprawdopodobniej za sprawą silnego zainteresowania grupami treningowymi ze strony środowisk biznesowych, które upatrywały w nich narzędzia do rozwoju umiejętności interpersonalnych oraz podnoszenia efektywności zarządzania zespołami ludzkimi managerom wszystkich szczebli (Kulik, 2021, s. 21).

Do Polski grupy treningowe trafiły w 1969 roku za sprawą Stefana Ledera, kierownika Kliniki Nerwic Instytutu Psychoneurologicznego w Warszawie. „Trening wrażliwości” miał być doświadczeniem grupowym stanowiącym element szkolenia kadry psychoterapeutycznej Kliniki. Po raz pierwszy terminu „trening interpersonalny” użył Jerzy Mellibruda, opisując za jego pomocą metodykę szkolenia zespołu ludzi, którzy pracować mieli psychoterapeutycznie i socjoterapeutycznie z młodzieżą z zaburzeniami emocjonalnymi w ramach jednego z programów terapeutycznych. Innym równolegle działającym propagatorem treningu na gruncie polskim był Kazimierz Jankowski, kierownik Ośrodka Terapii Rodzin *Synapsis*. Połączone siły Mellibrudy i Jankowskiego zaowocowały stopniowym rozpropagowaniem ruchu trenerskiego na terenie całego kraju. Pierwszy odnotowany trening interpersonalny pod właściwą sobie nazwą odbył się w 1972 roku, a zorganizował go Zakład Psychologii Osobowości w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Od tamtego czasu trening interpersonalny stał się powszechnie stosowanym narzędziem rozwojowym, wykorzystywanym m.in. w szkoleniu specjalistów posługujących się w pracy rozumieniem procesu grupowego jako bardzo ważnym elementem doświadczenia własnego (Kulik, 2021, s. 24).

Opis metody

W ramach Psychodynamicznego Studium Socjoterapii i Psychoterapii Młodzieży (PSSiPM) Krakowskiego Centrum Psychodynamicznego trening interpersonalny obecny jest jako ważny element szkolenia kursantów od samego początku funkcjonowania Studium, sięgającego swoją historią lat dziewięćdziesiątych. Narzędzie to umożliwia realizację różnorodnych celów. Są nimi:

- cel rozwojowy – możliwość doświadczenia siebie przez uczestników w sytuacji grupowej, w szeroko rozumianych sytuacjach kontaktu interpersonalnego,
- cel warsztatowy – doświadczanie struktur socjoterapeutycznych z punktu widzenia uczestników grupy,
- cel dydaktyczny – zapoznavanie się z elementami psychodynamicznego rozumienia procesu grupowego widzianego z perspektywy uczestnika grupy treningowej, poznawanie warsztatu pracy socjoterapeuty – zaznajamianie się z poszczególnymi strukturami socjoterapeutycznymi.

Pod względem metodycznym trening w PSSiPM stanowi połączenie pracy treningowej bez struktury, polegającej na swobodnym dzieleniu się

wrażeniami przez uczestników, oraz pracy z użyciem struktur socjoterapeutycznych. Standardowa jednostka treningowa składa się z dwóch „rundek” – początkowej i końcowej. Uczestnicy mogą przez określony czas (na ogół ok. 60 min) opowiadać o swoim samopoczuciu, spostrzeżeniach, wrażeniach sprzed rozpoczęcia pracy, jak i tuż przed zakończeniem. Kolejna część treningowa składa się z proponowanych przez prowadzącego zadań, które zgodnie z instrukcjami wykonuje grupa treningowa. Po każdym zadaniu następuje jego omówienie – uczestnicy mają okazję, żeby komentować przebieg zadania, dzielić się przeżyciami i wrażeniami z jego wykonania, czasem pojawiają się skojarzenia z innymi sytuacjami z życia uczestników, w których dochodziło do podobnych sytuacji lub pojawiały się podobne przeżycia. Warto podkreślić, że praca w kręgu i ćwiczenia wraz z omówieniem są podstawowymi technikami w pracy z grupą w socjoterapii (Jankowiak, Soroko, 2021, s.147–148). Podczas szkolenia zachęca się grupę do swobodnej, otwartej komunikacji. Zasadniczy trening obejmuje pracę przez trzy kolejno następujące po sobie dni, z czego w dwóch pierwszych grupa pracuje od godziny 9:00 do 21:00, a w ostatnim od 9:00 do 19:00. Praca grupy podzielona jest na przerwy; każdego dnia zaplanowana jest dwugodzinna przerwa obiadowa, odbywają się także krótsze 10- lub 15-minutowe przerwy w trakcie poszczególnych bloków. Poza treningiem trzydniowym, inaugurującym każdorazowo pracę pierwszego roku Studium, zajęcia o charakterze treningowym odbywają się w jednym dniu każdego weekendu kursowego – z większym uwzględnieniem elementu warsztatowego, zwracającego uwagę na psychodynamiczne rozumienie procesu grupowego.

Praca treningowa zorganizowana jest według zasad ułatwiających swobodne dzielenie się przeżyciami, a także zapewniających poczucie bezpieczeństwa w grupie. Uczestników grupy, jak i personel Studium obowiązuje tajemnica grupowa dotycząca wszelkich osobistych, czasem nawet intymnych kwestii mogących się pojawić w trakcie zajęć. Uczestnicy zachęceni są i deklarują chęć do, na tyle na ile to możliwe, otwartej komunikacji, uwzględniającej postawę szacunku wobec pozostałych osób. Podczas zajęć nie wolno używać telefonów komórkowych, należy powstrzymać się od jedzenia i picia (oczywiście ograniczenia te nie obowiązują w trakcie przerw). Na treningu nie wolno być pod wpływem alkoholu ani środków psychoaktywnych. Uczestnicy proszeni są też o bycie punktualnymi i przestrzeganie czasu przerw.

Ostatnią ważną kwestią dopełniającą opis metody stosowanej w szkoleniu socjoterapeutów i psychoterapeutów jest rola prowadzącego. Prowadzący trening odpowiedzialny jest za stworzenie odpowiednich warunków do pracy

grupy, zorganizowanie fizycznej przestrzeni odbywających się zajęć, zaplanowanie poszczególnych struktur, ustalenie ich kolejności, instruowanie uczestników co do przebiegu poszczególnych zadań, zapewnienie niezbędnych materiałów. Dbą także o przestrzeganie settingu treningowego, czyli informuje grupę o obowiązujących zasadach, ogłasza rozpoczęcie, zakończenie zajęć oraz przechodzenie do kolejnych części poszczególnych bloków, rozpoczyna i kończy struktury treningowe. Poza powyższymi techniczno-porządkowymi zadaniami pozostaje jeszcze jedno – obserwowanie, refleksowanie i przedstawianie uczestnikom w komentarzach procesu grupowego, widzianego w grupie treningowej z perspektywy innej niż uczestnika zajęć. W tym celu prowadzący używa psychodynamicznego rozumienia procesu grupowego, którego kilka podstawowych założeń przedstawiono poniżej.

Psychodynamiczne rozumienia procesu grupowego

Należy w tym miejscu przypomnieć, że jako narzędzie, trening interpersonalny pierwotnie nie był kojarzony z okolicznością terapeutyczną. To samo dotyczy treningu interpersonalnego stosowanego w PSSiPM. Podążając za słowami Macieja Wilka: „Trening interpersonalny służy bardziej rozwijaniu odpowiednich umiejętności w kontaktach z innymi ludźmi, co docelowo ma uczynić te kontakty bardziej satysfakcjonującymi. Skoro stoją przed nim takie zadania, to znaczy, że można je nazwać raczej rozwojowymi, edukacyjnymi, poprawiającymi funkcjonowanie człowieka w określonych sytuacjach i oczywiście wpływającymi na jego większe zadowolenie, nie dotyczą zaś one głębokich zmian osobowości. Jeśli nawet w wyniku działań treningowych pojawiają się tak zwane efekty terapeutyczne, to sam trening nie jest na nie nakierowany i nie są one jego celem (...)” (Wilk, 2014, s. 24).

Warto zwrócić uwagę czytelników na zasadność użycia języka analitycznego, powszechnie kojarzonego z psychoanalizą, mogącego przywołać też na myśl psychoterapię w ogóle. Dzieje się tak dlatego, że większość teorii psychoanalitycznych odnoszących się tak do grup, jak i jednostek, poza opisywaniem sytuacjami zaburzonego funkcjonowania tworzy perspektywę rozwojową, opisując różnego rodzaju momenty i kryzysy rozwojowe, którym stawić czoła muszą ludzie i grupy. Odnosząc się do teorii psychoanalitycznych przywoływać będę właśnie tę rozwojową perspektywę, nie poruszając obszaru psychopatologii.

Termin *psychodynamika* określa sposób konceptualizowania funkcjonowania psychicznego człowieka. Zakłada on, że istnieją odrębne struktury psychiczne, składające się na osobowość. Nie tworzą jednak statycznego tworu, lecz dynamicznie na siebie oddziałują. Jak pisał Glenn Gabbard „Określenie *psychiatria psychodynamiczna*, najogólniej rzecz ujmując odnosi się do koncepcji wyrastającej z teorii i wiedzy psychoanalitycznej. Współczesne teorie psychodynamiczne często uważa się za model, który pojmuje zjawiska umysłowe jako pochodne konfliktu. Konflikt jest następstwem działania potężnych nieświadomych sił, które domagają się ujęcia i wymagają ciągłej kontroli ze strony sił przeciwnych, zapobiegających ich wyrażeniu” (Gabbard, 2009, s. 17).

Analityczne rozumienie procesu grupowego zakłada, że istnieją uniwersalne aspekty rozwoju grup. W zwięzły sposób ujmuje je Wiesława Łodej-Sobańska (Łodej-Sobańska, 2008, s. 173-196), która podkreśla istnienie paraleli pomiędzy rozwojem dziecka i rozwojem grupy jako całości. Uprawomocnia to ujmowanie zjawisk rozwojowych grupy w terminach, które stosuje się również do opisu rozwoju jednostki. Dotyczy to zwłaszcza konfliktów uwidoczniających się przy okazji radzenia sobie przez grupę z rozwojowymi problemami integracji i zależności, konfliktów związanych z autorytetem, władzą i kontrolą, bliskością, a także tematyką separacji i indywiduacji. Czynnikiem, który uruchamia rozwój jest sytuacja regresu, jakiemu ulegają uczestnicy grupy w związku z jej nieokreśloną strukturą (wszystkie osoby są sobie równe w hierarchii władzy, nie ma przypisanych określonych ról, sposobów funkcjonowania w zadaniach, komunikacja przebiegająca w swobodny sposób). W tych okolicznościach każdy z uczestników uruchamia właściwe dla siebie sposoby funkcjonowania, które może obserwować osobiście, a także korzystać z informacji o tym, jak widzą go pozostali uczestnicy. Wilfred R. Bion pisał wprost, że stykając się z grupą, ze złożonością życia grupowego, dorosły w wyniku działania mechanizmów regresyjnych odwołuje się do mechanizmów charakterystycznych dla wcześniejszych etapów rozwojowych (Bion, 2015, s. 139). Na kolejną ważną właściwość funkcjonowania uczestnika w grupie zwraca uwagę Caroline Garland – z uwagi na obecność w grupie wielu osób, stanowiących potencjalne obiekty zewnętrzne, u członków grupy uruchamiają się mechanizmy projekcyjne. W wyniku ich działania każdy uczestnik przeżywa grupę jako całość, jak i pojedyncze osoby w charakterystyczny dla siebie sposób. Ułatwia to odgrywanie i doświadczanie swojego świata wewnętrznego. Inni uczestnicy odpowiadają na projekcje poszczególnych osób,

a zasada swobodnego wyrażania swoich myśli i przeżyć daje niepowtarzalną okazję do gromadzenia informacji na swój temat (Garland, 2015, s. 40–41).

Pośród ogromu zagadnień teoretycznych związanych z psychodynamicznym rozumieniem procesu grupowego, w sytuacji socjoterapeutycznej i treningowej szczególną rolę odgrywają zagadnienia rozwoju procesu grupowego, przebiegu dynamiki grupowej oraz specyficzna rola prowadzącego, który poza komentowaniem, wyjaśnianiem toczącego się w warstwie świadomościowej procesu, korzysta także z wiedzy i obserwacji równoległego nieświadomego procesu zachodzącego zarówno między uczestnikami grupy, jak i między grupą a prowadzącym.

Teoretyczne opracowania rozwoju procesu grupowego oraz grupowej dynamiki są niezwykle bogate, nie sposób odnieść się w tym miejscu do nich wszystkich ani nawet do większości z nich. Poniżej wspomniano o tych zagadnieniach, które zdają się szczególnie istotne, biorąc pod uwagę specyfikę pracy treningowej i socjoterapeutycznej.

W trakcie rozwoju procesu grupowego przed grupą stoi wiele zadań, dotyczących głównie radzenia sobie z dylematami wynikającymi z faktu przeżywania różnorodnych konfliktów wewnętrznych. Dostrzeżenie, że poszczególne konflikty dominują w określonych momentach życia grupowego umożliwiło sformułowanie faz rozwoju grupy. Szczególnie pomocna jest klasyfikacja opracowana przez Agazarian i Peters zakładająca następujące fazy rozwoju grupy (Łodej-Sobańska, 2008, s. 181):

- Faza zależności od lidera – grupa ma przed sobą zadania związane z przepracowaniem dylematu zależności i władzy, radzi sobie z fantazjami o zależności od wszechmocnego, onnipotentnego lidera, przepracowuje tematykę infantrylnej zależności – spodziewanymi zjawiskami w tej fazie rozwoju grupy mogą być zwłaszcza ucieczka w zależność, walka z zależnością czy walka z autorytetem.
- Faza zależności od grupy – w grupie dominują dylematy związane z bliskością, separacją i indywiduacją – pojawiają się na ogół zjawiska oczarowania i rozczarowania.
- Faza wzajemnej zależności – obserwować można świadomość współzależności członków grupy i efektywnej pracy.

Szczególnie warty podkreślenia jest fakt, że rozwój grupy nie przebiega linearnie. Nie można w związku z tym powiedzieć, w jakiej fazie rozwoju dana grupa będzie na pierwszym, a w jakiej na szóstym, ósmym czy dziesiątym spotkaniu. O przejściu z jednej do kolejnej fazy decyduje to, jakiego rodzaju dylematy dominują w grupie, jakiego rodzaju konflikty zostały przez nią

przepracowane. Może być też tak, że echa konfliktów już raz poruszanych przez grupę od czasu do czasu będą powracać w późniejszej fazie rozwoju.

Rozwój grupy przebiega ponadto w określonym kierunku – co zostało zwięźle ujęte przez S.H. Foulkesa i E. Jamesa Anthonego (Łodej-Sobańska, 2008, s. 176). Początkowo grupa jawi się jako zbiór niezintegrowanych jednostek – jej zadaniem jest zatem integracja. Następnie zintegrowana grupa ma do rozwiązania dylemat zależności, którego rozwiązanie prowadzi do dojrzałości w życiu grupy.

Obserwując życie grupowe, szczególnie przydatna zdaje się perspektywa nakreślona w psychoanalizie po raz pierwszy przez Melanię Klein. Chodzi o prawidłowość, według której świat wewnętrzny człowieka, wszystko to, co przeżywa, zwłaszcza w relacji do innych ludzi lub do siebie samego opisać można językiem relacji z obiektem. Ponadto Klein dostrzegła specyficzny element dynamiki przeżywania, opisując stan psychiczny człowieka jako przemienne traconą i odyskiwaną *pozycję* (Mitchell, Black, 2017, s. 144). Widać to wyraźnie w procesie grupowym, gdy grupa, reagując na przeżywany w danym momencie konflikt, reaguje w różny sposób, który na ogół daje się pomieścić w ramach reakcji schizoidalno-paranoidalnej lub depresyjnej – odpowiadającym dwóm wyróżnianym przez Klein pozycjom.

Z uwagi na powyższe, spośród wielu zadań, jakie stoją przed prowadzącym grupę w nurcie psychodynamicznym, szczególnie istotne jest – o czym pisałem – śledzenie i rozumienie nieświadomych procesów. W odpowiednim momencie – głównie gdy praca grupy treningowej wydaje się zatrzymana lub jest zakłócana, prowadzący może odwołać się do spostrzeganych elementów nieświadomego procesu, niedostrzeganego przez uczestników, by za pomocą komentarza opartego o tę wiedzę zwrócić uwagę, że właśnie rozgrywa się dany element procesu grupowego. W największej mierze dotyczy to opisywania przez terapeutę widocznego dla niego, a niewidzianego przez grupę konfliktu lub dylematu rozwojowego w życiu grupy, co ma na celu wskazanie na ewentualny istniejący kryzys, wsparcie grupy w facylitacji procesu grupowego. W związku z tym, że grupy treningowe złożone są z założenia z osób zdrowych, zaciekawionych własnym funkcjonowaniem, na ogół komentarz taki jest skuteczny, skutkuje refleksją uczestników, umożliwiając przywrócenie grupie zdolności do dalszej pracy, jednocześnie umożliwiając poszerzenie wglądu we własne funkcjonowanie wewnętrzne członkom grupy. Warto pamiętać, że w komentarzach odnoszących się do procesu nieświadomego prowadzący zwraca się zawsze do grupy jako całości, a ewentualne indywidualne zachowania uczestników komentowane są zawsze w kontekście procesu

grupowego i grupy jako całości. S.H. Foulkes zwracał uwagę na specyficzną postawę analityka grupowego, która powinna łączyć w sobie z jednej strony funkcję przewodzenia grupie (choćby przez fakt strzeżenia settingu, organizacji pracy grupy), a z drugiej strony charakteryzować się postawą neutralności i dystansu, przy jednoczesnym empatycznym zaangażowaniu w refleksowanie procesu grupowego (Foulkes, 2015, s. 70).

Wykorzystanie psychodynamicznego rozumienia procesu grupowego w treningu interpersonalnym – studium przypadku

W dalszej części artykułu przedstawiono kilka sytuacji treningowych, w których komentarze prowadzącego opisujące proces grupowy przyczyniły się do rozwoju grupy. Przedstawiono fragmenty procesu treningowego jednej z prowadzonych przeze mnie grup. W przytaczanych fragmentach pracy skupiam się wyłącznie na mojej aktywności dotyczącej rozumienia i opisywania grupie nieświadomej części procesu, co nie znaczy oczywiście, że tylko tego typu komentarze padały z mojej strony. Często komentowałem także to, co dzieje się w sferze funkcjonowania świadomego, objaśniałem funkcję socjoterapeutyczną określonych struktur, zwracałem uwagę na poszczególne fazy procesu grupowego – pamiętając, że trening interpersonalny jest sytuacją szkoleniową oraz że zajęcia te mają również charakter dydaktyczny i ogólnie psychoedukacyjny.

Praca z grupą, o której mowa, trwała siedem miesięcy. Grupa składała się ostatecznie z ośmiu uczestniczek w różnym wieku, od ponad dwudziestu do ponad czterdziestu lat. Wszystkie uczestniczki miały wykształcenie psychologiczne lub pedagogiczne, w większości pracowały w zawodzie.

Ważną okolicznością był fakt, że grupa rozpoczęła pracę na treningu trzydniowym w poszerzonym składzie. Dołączyły do niej kursantki z poprzedniego roku, które nie uczestniczyły w treningu trzydniowym. Były to osoby pozytywnie nastawione do szkolenia, aktywnie uczestniczyły w życiu grupy, doceniały efekt szkolenia z perspektywy całego roku i kolejnego jego etapu (intensywnego treningu wakacyjnego). Wspomniane uczestniczki po trzydniowym treningu opuściły grupę, kontynuując szkolenie na kolejnym roku studium.

Pierwsza sytuacja, którą przywołam, miała miejsce podczas zajęć treningowych w miesiąc po zakończeniu inauguracyjnego treningu trzydniowego. Grupa spotkała się pierwszy raz w zmniejszonym składzie. Już podczas rundki

początkowej, podczas której uczestniczki dzieliły się spontanicznie swoimi przeżyciami, uczuciami i myślami związanymi z rozpoczynającym się kolejnym dniem szkolenia, pojawiła się dawna historia jednej z nich, w której mowa była o przyrodnim bracie, który miał się narodzić, jednak cięża została poroniona. Historia ta wywołała poruszenie w grupie; pomyślałem sobie, że może to być swego rodzaju nawiązanie do trzech osób, które opuściły grupę od ostatnich zajęć. Zapamiętałem tą myśl, choć w danym momencie nie miałem jeszcze jakiegoś klarownego pomysłu, w jaki sposób miałbym użyć jej, by komentarz mój mógł pomóc uczestnikom.

Pierwszym zadaniem, jakie postawiłem tego dnia przed grupą, było opowiedzenie historii swojego imienia. Uczestniczki poprosiłem o przedstawienie na forum, jak doszło do tego, że rodzice nadali im imię, jakie noszą. W sytuacji, gdyby nie знаły tej historii, mogły fantazjować, dzieląc się przypuszczeniem, jak ta historia mogłaby wyglądać. Grupa mogła zadawać pytania, na bieżąco komentować historie podawane przez kolejne osoby. Początkowo kursantki wykonywały zadanie zgodnie z instrukcją. W komentarzach od grupy stopniowo zaczęły pojawiać się różne historie osób z rodzin uczestniczek lub ich znajomych, opowiadające o rodzicach nadających imiona swoim dzieciom w taki sposób, by miały one imieniny w dniu urodzin – w grupie pojawiły się głosy mówiące o tym, że osoby nazwane w ten sposób traciły jedną okazję w roku do świętowania, były mniej hojnie obdarowywane przez rodzinę prezentami. Pojawił się w komentarzach grupy obraz rodzica skąpego, zainteresowanego jak najwygodniejszymi dla siebie rozwiązaniami. Następnie pojawił się temat szkoły, uczestniczki przywoływały obrazy nauczycieli, którzy nie byli zainteresowani dobrem uczniów i ich rozwojem emocjonalnym, wymagających i niedostrzegających wrażliwości uczniów. W następnym wątku rozgorzała dyskusja na temat różnego rodzaju szkół, prowadząc do rozważań, czy lepsze jest kształcenie w szkole, czy może domowe. W tym momencie zdałem sobie sprawę, że struktura zadana grupie została porzucona – mimo że dyskusja była żywa i angażująca większość kursantek, nie dotyczyła tego, o co poprosiłem w instrukcji. W miejsce spodziewanych historii pojawiły się obrazy skąpych rodziców niezainteresowanych dziećmi, nauczycieli niewrażliwych na emocjonalność uczniów i szkół niedbających o sferę wychowawczą. Pojawiła się we mnie lekka irytacja, że polecenie nie jest wykonywane, a zaraz potem myśl, że jeśli sytuacje takie będą się powtarzać, trening zakończy się niepowodzeniem. Zwróciłem grupie uwagę no to, że przestała realizować instrukcje, pytając, co na ten temat myślą uczestniczki. Reakcją była chęć powrotu do wykonania instrukcji. Miałem jednak poczucie, że pozostawienie

tej sytuacji bez komentarza nie byłoby dobre, pominięta zostałaby bowiem ważna kwestia, a w procesie zrealizowałyby się fantazja grupy o niewrażliwym, wymagającym rodzicu – wszedłbym w taką rolę, gdybym nie zainteresował się zrozumieniem zaistniałej sytuacji, a w to miejsce skupił się jedynie na zdyscyplinowaniu grupy. Podałem komentarz, w którym rozumiałem fakt porzucenia zadania jako reakcję grupy na odejście trzech ważnych dla niej osób. Nie sposób wyobrazić sobie, żeby taka sytuacja nie wywołała emocji w uczestniczkach, w dodatku można wyobrazić sobie, że nie były to emocje przyjemne, o których łatwo mówić. Połączyłem to rozumienie z historią o utraconym bracie z rundki początkowej. Zdawało się, że uczestniczki przeżywają emocje, o których trudno im wprost mówić, a są związane ze mną i resztą osób prowadzących szkolenie – wszak to nasza decyzja o dołączeniu trzech osób w trzydniowym treningu „naraziła” grupę na przeżywanie straty po ich odejściu. Podzieliłem się przypuszczeniem, że możliwe, że to na nas (kadrę studium) kursantki złością się w związku z całą sytuacją, a że trudno to wyrażać wprost, dlatego „oberwała” struktura treningowa. Uczestniczki przyjęły mój komentarz słuchając uważnie, głównie milcząc, jednak w milczeniu i nieśmiałych komentarzach można było poczuć coś na kształt ulgi.

W kolejnym zadaniu, które nazwałem roboczo „król”, kursantki miały za zadanie wcielić się w „królowe”, które zgodnie ze swoim pomysłem miały „władać” grupą. Po jakimś czasie następowała zmiana i w rolę królowej wcielać się miały kolejne osoby. Ochotniczka zajęła moje miejsce w sali, po czym rozpoczęła swoje „panowanie”. Struktura ta przebiegała w specyficzny sposób, kolejne „panujące” niechętnie brały na swoje barki ciężar zarządzania grupą, ich polecenia kierowane do grupy były mało zdecydowane, pojawiały się z ich strony pytania, co grupa chciałaby robić, widać było, że osobom w roli królowych jest ciężko. Po kilkunastu minutach i kilku zmianach „rządów” grupa samodzielnie przeszła do omówienia zadania – uczestniczki chętnie dzieliły się swoimi przeżyciami w zadaniu. Można było usłyszeć, że nie jest łatwo zarządzać grupą, a osoby w roli królowej nie czuły się w niej dobrze. Zareagowałem zwracając uwagę, że znów grupa porzuciła zadaną strukturę, jednak tym razem nie podążyła w swojej aktywności w nieznanym kierunku, tylko udała się w stronę znanego już sobie omówienia. Podczas omawiania tej sytuacji pojawiły się głosy, że może była to struktura, którą chciałem „ukarać” grupę za poprzednią „niesubordynację” prowokując sytuację, w której uczestniczki miałyby się przekonać, że prowadzenie grupy wcale nie jest łatwe. Pomyślałem, że te wypowiedzi są przejawem toczącego się w grupie konfliktu wokół zależności, którego można by się spodziewać biorąc pod uwagę

moment w rozwoju grupy. Wydawało się, że grupa ma dylemat, czy można mi zaufać jako prowadzącemu, „rodzicowi”, który miałby zadbać o pragnienie bycia otoczonych opieką wyrażane przez uczestniczki w poprzednim zadaniu treningowym. Teraz doszła do tego obawa o to, jak zareaguję na to, że grupa wyraża w stosunku do mnie zastrzeżenia czy niezadowolenie (widoczne w fantazji o tym, że miałbym ukarać grupę, serwując jej kolejne trudne zadanie). Po ogłoszeniu tego w komentarzu grupa znów zareagowała milcząco, po czym pojawiły się nieśmiałe głosy, że moje komentarze trafiają do kilku osób. Pojawiły się nawet żartobliwe odpowiedzi, co potraktowałem jako sygnał, że uczestniczki „trawia” to, co do nich powiedziałem. Ponownie można było poczuć w grupie ulgę. Kolejne części zajęć przebiegały zgodnie z instrukcjami. Grupa wydawała się spokojniejsza niż na początku zajęć. W omówieniu na koniec dnia pojawiały się głosy, że dużo się działo w trakcie zajęć, a uczestniczki mają poczucie, że wykonały trudną pracę. Była też mowa o falującym napięciu, które opadało po komentarzach odnoszących się do procesu grupowego. W moim rozumieniu grupa konfrontowała się w tym dniu zajęć z różnorodnymi obawami charakterystycznymi dla początkowych momentów rozwoju procesu grupowego. Najpierw musiała sobie poradzić z faktem straty trzech ważnych uczestniczek, potem ze złością na prowadzących za to, że sprowokowali tę sytuację, następnie z obawą o reakcję prowadzącego na ogłoszenie pretensji i obaw. Pomyślałem sobie, co potwierdziło późniejsze omówienie wydarzeń w zespole szkolącym, że wszystkie te wątki odnoszą się do fazy zależności od lidera w rozwoju grupy, a prezentowane reakcje i rozegrania charakterystyczne były dla pozycji schizoidalno-paranoidalnej – również spodziewanej w tym momencie pracy. Rozumienie to pozwalało mi komentować to, co dzieje się w grupie, a nie zapadać się pod „ciężarem zarzutów” lub próbować dyscyplinować uczestniczki, jednocześnie porzucając ważne dla nich w przeżyciu całej sytuacji wątki.

Kolejna scena, którą przytoczę, miała miejsce w innym momencie rozwoju grupy. Rzecz działa się w środkowej fazie procesu, podczas trzeciego weekendu kursowego. Uczestniczki miały za sobą dwa kolejne dni treningowe, podczas których w grupie ugruntowało się poczucie stałości i bezpieczeństwa, kursantki przepracowały kilka mocno zbliżających struktur, można było zaobserwować, że czują się ze sobą dobrze.

Zaproponowałem grupie strukturę „siatka bezpieczeństwa”. Polegała ona na tym, że na końcu sali ustawia się grupa, tworząc półokrąg (siatkę bezpieczeństwa), którego zadaniem jest bezpiecznie złapać osobę idącą/biegnącą w jego stronę z drugiego końca sali. Osoby chętne mogły podnieść sobie

poziom trudności zadania idąc lub biegnąc w stronę siatki z zamkniętymi oczami. Początkowo zadanie przebiegało zgodnie z instrukcją. Sytuacja zaczęła się zmieniać w momencie, gdy jedna z uczestniczek po wyłapaniu przez siatkę bezpieczeństwa nie chciała od razu jej opuścić, twierdząc, że to bardzo przyjemne uczucie móc tak się zapaść w ramiona koleżanek i że chce spędzić w ten sposób jeszcze kilka chwil odbijając się od jednej osoby do drugiej. Osoby tworzące siatkę zareagowały domykając okrąg tak, by odbijającej się koleżance nie stała się krzywda. Od tego momentu każde wykonanie tego zadania przebiegało podobnie. Jedna z osób rozpędzała się i wpadała w siatkę, która następnie domykała się w okrąg i przez chwilę „bujala” znajdującą się wewnątrz osobę.

Podczas omówienia uczestniczki zwracały uwagę na to, że było im bardzo przyjemnie w objęciach grupy, czuły się otoczone opieką, pozwalały sobie czerpać od grupy jako całości. Zidentyfikowałem tę sytuację jako przejaw *oczarowania grupy*, zjawisko zachodzące często w fazie zależności od grupy, czyli kolejnym stadium rozwoju procesu grupowego. W przypadku pomyślnie przebiegającej konfrontacji z liderem w poprzedniej fazie kształtuje się orientacja na grupę, w ramach której uczestnicy przeżywają grupę jako pełną mocy, niezależną, dającą wiele możliwości, przy czym mogącą pracować bez prowadzącego lub przy jego minimalnym udziale. W poprzedniej fazie wskutek przeżywanych fantazji wyrażających dylemat dotyczący możliwości zaopiekowania się grupą przez prowadzącego, konfrontacji z jego ograniczeniami i upadku idealizacji, prowadzący był przez grupę „atakowany”, teraz grupa zdawała się pokazywać, że jest dla siebie wystarczająca, a pomoc prowadzącego nie jest niezbędna do działania, a wręcz może się wydawać niepożądana (Łodej-Sobańska, 2008, s. 192).

Ponownie pojawił się motyw manipulowania przez uczestniczki instrukcją do zadania. Zasady wykonania struktury zostały w trakcie zmodyfikowane przez grupę. Pomyślałem sobie, że tym razem nie chodziło jednak o to, by pokazać jakiś destrukcyjny kawałek przeżycia grupowego. Przyszło mi do głowy, że grupa pokazała w ten sposób, że aby zaspokajać swoje pragnienia pozostawania i zwiększania bliskości może w twórczy sposób wykorzystywać „dostarczane” przez prowadzącego narzędzia. W omówieniu pojawiły się też lekko zaczepne komentarze kierowane w moim kierunku; brzmiały one w stylu „pewnie znów oberwie nam się za to, że majstrowaliśmy przy zadaniu”. Skomentowałem to w ten sposób, że brzmi to jakby grupa w dalszym ciągu przeżywała dylemat co do tego, czy jestem w stosunku do niej rozumiejącym i opiekuńczym rodzicem, czy może zasadniczym i karzącym i że zdaje się,

że trudno wyobrazić sobie taką sytuację, w której miałbym być zasadniczy i stanowczy w pewnych kwestiach, a pozwalający na swobodę w innych. Echa dawnego konfliktu wokół mojego obrazu nakładały się w moim rozumieniu także na inny wątek – zbliżającej się nieuchronnie fazy *rozzarowania*, wiążącej się z pragnieniami indywiduacyjnymi uczestniczek i mającej w oddali perspektywy depresyjnych wątków związanych z nadchodzącym rozstaniem wraz z końcem spotkań w grupie w perspektywie dwóch najbliższych miesięcy.

Przewidywane rozzarowanie nadeszło już podczas kolejnego dnia treningowego w następnym miesiącu. Strukturą rozpoczynającą pracę w tym dniu była „czyja to dłoń”. Polegała ona na tym, że do ochotniczki, która stała na jednym końcu sali z zamkniętymi/zawiazanymi oczami, podchodziły kolejno pozostałe uczestniczki podając jej dłoń. Zadaniem było odgadnąć, czyje to dłonie. Nie było żadnych ograniczeń co do tego, jak długo ma trwać uścisk dłoni, czy można w celu identyfikacji używać drugiej ręki, itp. Uczestniczki miały dość sporo swobody w sposobie realizowania tego zadania. Pamiętając jak wcześniej przebiegała „siatka bezpieczeństwa” byłem solidnie zdziwiony, że do tego zadania grupa podeszła, zdałoby się, lakonicznie, bez większych emocji, trochę na sportowo – porównując ilość trafnych identyfikacji u poszczególnych uczestniczek. Sam kontakt fizyczny podczas wykonywania tego zadania był ze strony kursantek krótki, jakby bez uczucia. W omówieniu struktury grupa była dość oszczędna w słowach. Pojawiały się treści dotyczące znaczenia uścisku dłoni, uczestniczki przywoływały swoje doświadczenia z przełożonymi w pracy, którzy podawali ręce w różny sposób. Bardzo istotne wydawało się też dla nich to, ile trafnych typów osiągnęły poszczególne osoby w swoich próbach. Widoczne stało się dla mnie, że coś zmieniło się w atmosferze. Pojawiło się subtelnie wyczuwalne napięcie, pomyślałem sobie, że uczestniczki czekają w napięciu na kolejną strukturę treningową. Jednocześnie odczuwałem obawę o to, że gdzieś zniknął klimat wspólnej entuzjastycznej pracy, miałem fantazję, że kolejne zadania grupa będzie wykonywać beznamiętnie i bez żadnych przeżyć, że miałyby to być równoznaczne z utratą czegoś ważnego i być może zdecydować o niepowodzeniu całego treningu. Po chwili przyszła do mnie myśl, że istotnie coś się w grupie skończyło, nie było już poczucia symbiotycznej więzi, jednorodnego przeżywania u wszystkich uczestniczek. Uświadomiłem sobie, że to, co mnie niepokoi, to pojawiające się w grupie tendencje separacyjne i indywiduacyjne uczestniczek – które miałyby pokazywać się w rywalizacyjno-sportowym przeżyciu poprzedniego zadania. Do tego wszystkiego nieuchronnie czas pracy (życia) grupy zbliżał się do końca – pozostały bowiem tylko dwa dni treningowe. Podsunąłem

te myśli grupie w komentarzu. Odpowiedziało mi milczenie, można było zobaczyć, że każda z uczestniczek przeżywa coś, jednak niezbyt chętnie chcą się dzielić tym, co by to miało być.

W dalszej części dnia grupa pracowała z zaangażowaniem, wkładając dużo wysiłku w wykonywanie struktur treningowych, omawiając ich techniczne aspekty, dzieląc się swoim rozumieniem procesu grupowego. Moją uwagę zwrócił fakt, że kursantki niewiele mówią o swoim przeżywaniu – nie można było powiedzieć, że nie są zaangażowane w pracę, bardziej, że z jakichś powodów pojawia się mniej tego, czego jeszcze nie tak dawno było bardzo dużo – czyli informacji o tym, jak się czują ze sobą, jakie emocje wywołują w nich wykonywane zadania. Zamiast tego można było odczuć narastające napięcie. Zwracałem na to uwagę grupie – ta jednak nie podejmowała wątku.

Sytuacja rozwiązała się pod koniec dnia. Podczas omówienia ostatniej zaplanowanej struktury treningowej napięcie w grupie było bardzo wyraźnie wyczuwalne. Powiedziałem o tym grupie, dodając, że zdaje się, że dzieje się coś ważnego, co w tej chwili przykrywa kwestie związane z zadaniami. Okazało się, że od jakiegoś czasu narastał konflikt między niektórymi uczestniczkami. Dwie osoby miały pretensje do trzeciej o to, że wydaje się bardzo dyrektywna i narzucająca swoje myślenie, przy tym mało delikatna i momentami niezbyt empatyczna. Podczas grupowej dyskusji okazało się, że dwie inne osoby również myślą podobnie. Pojawiły się także głosy biorące „w obronę” oskarżaną o niedelikatność i dyrektywność uczestniczkę. Cała sytuacja wywołała duże poruszenie, zwłaszcza między zwaśnionymi stronami. Oskarżana przez część grupy uczestniczka czuła się atakowana i przymuszana do przeprosin. Ostatecznie doszło do emocjonującego pojednania między dwiema najbardziej poróżnionymi kursantkami. W grupie pojawiło się poczucie ulgi, ale też i smutku. Skomentowałem to dzieląc się myślą, że być może to, co można wyczuć w tej chwili w klimacie to mieszanka smutku z powodu tego, że okazało się nieprawdą, że wszyscy w grupie myślą, czują i działają podobnie i czasem nie da się uniknąć tarć i konfliktów – i to jest rozczarowujące i smutne. Z drugiej strony można poczuć ulgę, gdyż okazało się, że w grupie jest miejsce na to, żeby się od siebie różnić, konfrontować ze sobą i ponownie zbliżać.

W moim rozumieniu grupa radziła sobie w tym dniu z kolejnymi zadaniami związanymi z fazą zależności od grupy w procesie rozwojowym. Jak wspominałem wcześniej – zdaje się, że po fazie *oczarowania* przyszło kursantkom mierzyć się z fazą *rozczarowania* grupą, dającą możliwość do opracowania wątków separacyjnych i indywidualnych. Zwłaszcza w sytuacji konfliktu

powiązanie tego, co zaszło między poszczególnymi uczestniczkami z procesem grupowym, zdało się przynieść sporo ulgi zarówno zwaśnionym stronom, jak i reszcie grupy. Narastające napięcie znacznie zmalało, a grupa wróciła w kolejnym dniu treningowym do efektywnej, satysfakcjonującej pracy.

Przedstawione przeze mnie przykłady zastosowania psychodynamicznej perspektywy rozumienia procesu grupowego nie stanowią pełnej analizy tegoż procesu. Skupiłem się na wykorzystaniu rozumienia w celu wsparcia grupy w radzeniu sobie z rozwojowymi wyzwaniami. Zdecydowanie wnikliwsza analiza miałaby miejsce w sytuacji, w której analiza psychodynamiczna procesu grupowego służyłaby celom terapeutycznym.

Zakończenie

Uwzględnienie w działaniach socjoterapeutycznych i treningowych perspektywy psychodynamicznej, koncentrującej się na nieświadomej części funkcjonowania psychicznego daje uczestnikom nieocenione możliwości w sferze poznawania swojego funkcjonowania w kontekście relacji interpersonalnych. Metodą szczególnie wdzięczną w wykorzystaniu tych możliwości wydaje się trening interpersonalny. Połączenie możliwości do swobodnego wyrażania swoich emocji, myśli i fantazji, możliwości doświadczenia bezpośredniej reakcji ze strony innych uczestników ze strukturami socjoterapeutycznymi sprawia, że narzędzie to jest bardzo skuteczne i niezwykle ważne w procesie przygotowania do pracy przyszłych socjoterapeutów i psychoterapeutów.

LITERATURA

- Bion, W.R. (2015). Doświadczenia w grupach, tłum. J. Lekki. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Foulkes, S.H. (2015). Wprowadzenie do psychoterapii grupowo – analitycznej, tłum. J. Skowrońska. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Gabbard, G.O. (2009). Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej, tłum. M. Cierpisz. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Garland, C. (2015). O grupach. Psychoanalityczna terapia grupowa – teoria i praktyka, tłum. Ł. Dobromirski, W. Łodej-Sobańska, A. Olesiewicz, J. Skowrońska, M. Rutkowska, J.B. Younes. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Jankowiak, B.A., Soroko, E. (2021). Socjoterapia młodzieży. Studium psychologiczno-pedagogiczne. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jedliński, K. (2000). Trening interpersonalny. Warszawa: Wydawnictwo WAB.

- Kulik, R. (2021). Trening interpersonalny. Proces grupowy w praktyce trenerskiej. Warszawa: Eneteia.
- Mitchell, S., Black, M. (2017). Freud i inni. Historia współczesnej myśli psychoanalitycznej, tłum. J. Gilewicz. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Łodej-Sobańska, W. (2008). Proces terapeutycznego rozwoju grupy. W: J. Pawlik, (red.), Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe (s. 173–196). Warszawa: Eneteia.
- Wilk, M. (2014). Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zaborowski, Z. (1985). Trening interpersonalny. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.

ZUZANNA JABŁOŃSKA

ORCID: 0009-0001-8496-7264
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

GORZKO-SŁODKI SMAK E-PAPIEROSÓW. UŻYWANIE E-PAPIEROSÓW PRZEZ MŁODZIEŻ I JEGO KONSEKWENCJE

STRESZCZENIE

W ciągu ostatniej dekady na rynku pojawiło się wiele alternatywnych produktów względem tradycyjnych wyrobów tytoniowych. Szybko zdobywają one konsumentów, szczególnie wśród młodszej populacji. Elektroniczne systemy dostarczania nikotyny (ENDS), znane jako elektroniczne papierosy lub e-papierosy (EC), stały się poszukiwanym produktem ze względu na przekonanie, że są znacznie bezpieczniejsze niż papierosy tradycyjne. Wyniki najnowszych badań wskazują jednoznacznie, że e-papierosy, które pojawiły się na rynku kilkanaście lat temu, stały się obecnie głównym nałogiem polskiej młodzieży. Z badań Instytutu Badań Pollster zleconych przez Rzecznika Praw Dziecka, opublikowanych w grudniu 2020 wynika, że 23% nastolatków w Polsce pali e-papierosy, a 72% z tej grupy robi to systematycznie. Światowa Organizacja Zdrowia zauważa, że Polska znajduje się wśród pięciu europejskich krajów z najwyższym odsetkiem palących wśród osób nieletnich. W niniejszej pracy przedstawiono zagrożenia zdrowotne wynikające ze stosowania e-papierosów. Dotychczasowa wiedza pozwala jednoznacznie stwierdzić, że stosowanie e-papierosów nie jest bezpieczne dla zdrowia. Opisane w rozdziale wyniki badań są alarmujące i skłaniają do wprowadzenia odpowiednich zmian w tym zakresie. Niepokojące jest dodawanie innych substancji psychoaktywnych do *liquidów*, co w przypadku młodych osób w sytuacjach kupowania od innych może skutkować nieświadomym uzależnieniem nie tylko od nikotyny. W niniejszym artykule opisano historię oraz przyczyny stworzenia papierosów elektronicznych. Skupiono się również na konsekwencjach, jakie niesie za sobą używanie e-papierosów zarówno w aspekcie ogólnym, jak i szczegółowym (w przypadku młodzieży). Uwzględniono również aspekty prawne aktualnie obowiązujące w sprawie użytkowania oraz rozpowszechniania w procesie sprzedaży tego urządzenia.

Słowa kluczowe: e-papierosy, konsekwencje używania e-papierosów, młodzież

THE BITTERSWEET TASTE OF E-CIGARETTES. ADDESCENT E-CIGARETTE USE AND ITS CONSEQUENCES

ABSTRACT

E-cigarettes are small devices filled with liquid with varying nicotine concentrations, giving the user sensations similar to those of smoking regular cigarettes. Smoking e-cigarettes has become a common phenomenon among minors. The research results described in this chapter are alarming and prompt us to introduce appropriate changes in this area. What is disturbing is the addition of other psychoactive substances to liquids, which in the case of young people who buy from others may result in unconscious addiction not only to nicotine. The chapter describes the history and reason for the creation of electronic cigarettes. The focus was also on the consequences of using e-cigarettes in general and in the case of young people in particular. Legal aspects currently in force regarding the use and distribution in the sales process of this device are also taken into account.

Keywords: e-cigarettes, consequences of using e-cigarettes, youth

Wprowadzenie

Opracowane w 2003 roku przez chińskiego farmaceutę Hon Lik elektroniczne urządzenia dostarczające nikotynę do organizmu miały, według założeń wynalazcy, wspomóc proces rzucania palenia wyrobów tytoniowych. Mimo że są to produkty technologiczne, szybko przypisano im nazwę „papierosy elektroniczne” lub „e-papierosy”, głównie ze względu na kształt przypominający papierosa oraz sposób używania podobny do palenia papierosów. Mimo sprzeciwu części środowiska naukowego sugerującego, aby używać nazwy „elektroniczny system dozujący nikotynę” (ang. *electronic nicotine delivery system* – ENDS), powszechnie przyjęła się nazwa „e-papieros”, co według niektórych stygmatyzuje to urządzenie jako kolejny wyrób tytoniowy. Ogromna szkodliwość palenia wyrobów tytoniowych jest powszechnie znana nawet palaczom, nic więc dziwnego, że zaczęto z nią utożsamiać także e-papierosy. Dodatkowo niewielka liczba publikacji naukowych po pojawieniu się tych produktów na rynku konsumenckim nie pozwalała na porównanie papierosów z e-papierosami, głównie w zakresie ich szkodliwego wpływu na zdrowie palacza i osób przebywających w jego otoczeniu. W dzisiejszym świecie jesteśmy otoczeni przez użytkowników e-papierosów, możemy spotkać ich praktycznie wszędzie wychodząc na spacer, robiąc zakupy lub w drodze do pracy. Analizy problematyki związanej z e-papierosami należy dokonywać oddzielnie w kontekście palaczy papierosów i osób niepalących, a zwłaszcza

młodzieży. W niniejszym tekście przedstawiam „gorzko-słodki smak” e-papierosów, ukazując ich konsekwencje, szczególnie w kontekście młodzieży, która jest grupą najbardziej narażoną na skutki ich użytkowania. Tytułowa słodycz nawiązuje do smaku e-papierosów charakteryzującego się nutami owocowymi, natomiast gorycz w tym przypadku rozumiana jest przeze mnie w sposób metaforyczny. Pokazuje ona realia osoby uzależnionej i jej życie w pewnego rodzaju iluzji – w świecie, w którym palenie e-papierosów jest czymś nieszkodliwym, mającym tylko wydźwięk pozytywny, a nawet pomagającym zaistnieć wśród rówieśników. Większość nastolatków korzysta z e-papierosów podążając w swoim zachowaniu za utrzymującą się modą i chęcią używania substancji dającej dodatkowe pozytywne odczucia. Biorąc pod uwagę częstotliwość korzystania z elektronicznych papierosów można przypuszczać, iż mało kto z młodego pokolenia przyjmuje do wiadomości możliwe konsekwencje długotrwałego używania papierosów elektronicznych, żyjąc w przekonaniu, że jest to mniejsze zło w porównaniu z papierosami klasycznymi. Wybrana opcja jest w oczach małoletniego mniej szkodliwą alternatywą (CBOS, 2019). Pozostaje więc postawić pytanie: czy jest tak na pewno?

E-papierosy – definicja

E-papieros, nazywany również papierosem elektronicznym lub elektronicznym inhalatorem nikotyny (EIN), to urządzenie, którego zadaniem jest podanie substancji zawartych w *liquidzie*, w tym zazwyczaj nikotyny, za pomocą wdychania przez użytkownika wytworzonej pary. W e-papierosach nie dochodzi do procesu spalania, tylko podgrzania płynu (Modrzyński, 2021). Urządzenie składa się ze źródła zasilania (bateria), atomizera (miejsca na grzałkę), ustnika oraz kartridża (pojemnika na tzw. *liquid* – płyn o walorze smakowym oraz posiadającym w składzie nikotynę). Aktualnie na rynku jest dostępnych wiele rodzajów e-papierosów o różnych kształtach, lecz ich budowa pozostaje niezmienna. Mogą być jednorazowego użytku, służyć do wielokrotnego napełniania bądź wielokrotnego ładowania (Roman, 2017). Niektóre elektroniczne papierosy charakteryzują się specyficznym zapachem w zależności od tego, czy pochodzi on z podgrzewaczy tytoniu, czy z zapachowych *liquidów*. Ze względu na ich rozpowszechnienie wprowadzono do słownika określenie *vaping*, oznaczające użytkowanie tego sprzętu.

Historia powstania e-papierosów

Prace nad stworzeniem e-papierosów zaczęły się już w latach 60. XX wieku w koncernie tytoniowym Philip Morris. Koncern ten stworzył dwa rodzaje papierosów elektronicznych o smaku tytoniu, niewytwarzających dymu, który jest obecny przy wydychaniu substancji w przypadku klasycznych papierosów. Były mniej szkodliwe od papierosów tradycyjnych, lecz cały czas zawierały związki kancerogenne, dwutlenek węgla i nikotynę (Brewczyńska i in., 2015). Opracowane w 2003 roku przez chińskiego farmaceutę Hon Lik urządzenia elektroniczne wprowadzające nikotynę do organizmu użytkownika miały, według wynalazcy, pomóc w rzuceniu palenia. Pojawienie się pomysłu na znalezienie alternatywy dla zwykłych papierosów związane było z rosnącą świadomością konsekwencji, jakie niesie ze sobą palenie tytoniu ze względu na związki kancerogenne oraz substancje smoliste i ich wpływ na palaczy (Modrzyński, 2021). Głównym celem ich stworzenia miało być wykorzystanie tych urządzeń jako alternatywy dla zwykłych papierosów w nikotynowej terapii zastępczej (Ślęzak i in., 2017). Na samym początku miały stanowić właśnie zamiennik klasycznych papierosów, lecz szybko stały się nową, interesującą dla wielu użytkowników, formą przyjmowania nikotyny (Dworniczak, 2017).

Pierwsze papierosy elektroniczne, które pojawiły się na rynku przypominały kształtem klasyczne papierosy, gdyż ich producenci zakładali, że ich odbiorcami będą osoby chcące zerwać z nałogiem. Wraz z czasem kształty papierosów elektronicznych zmieniały się. Na samym początku wyglądały jak długopis, następnie pojawiły się inne: (1) MODY, przypominające wyglądem pudełko składające się z prostokątnego trzonu, oraz (2) aktualnie cieszące się największą popularnością PODY, dyskretne i małe, wyglądem przypominające pendrive. Najbardziej lubiane przez nastolatków są właśnie PODY ze względu na kształt i wielkość (Modrzyński, 2021).

Pomimo że w przypadku e-papierosów nie dochodzi do procesu spalania, te nowe urządzenia zostały nazwane elektronicznymi papierosami lub e-papierosami głównie ze względu na podobieństwo produktów pierwszej generacji do papierosów tradycyjnych i podobny sposób użytkowania. Chociaż część środowiska naukowego sugeruje używanie nazwy Elektroniczny System Dostarczania Nikotyny (ENDS), nazwa e-papieros stała się powszechnie akceptowana, co stygmatyzuje urządzenie jako kolejny produkt tytoniowy. Ponieważ palacze są ogólnie świadomi wyjątkowej szkodliwości wyrobów tytoniowych, e-papierosy były również postrzegane jako kolejny potencjalnie niebezpieczny produkt tytoniowy. Ponadto ograniczona dostępność publikacji naukowych

po wprowadzeniu tych produktów nie pomogła potencjalnym użytkownikom i pracownikom służby zdrowia w rozróżnieniu potencjalnych zagrożeń dla zdrowia związanych z wapowaniem w porównaniu z paleniem (Sobczak i in., 2020).

Przegląd badań na temat e-papierosów

Jak wykazuje raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu przeprowadzony w dniach 29 września – 4 października 2017 r. przez Kantar Public na potrzeby Głównego Inspektoratu Sanitarnego, do używania EC przyznało się 2% ogółu Polaków. Wśród użytkowników EC było 4% mężczyzn oraz mniej niż jedna na sto kobiet. W 2015 r. sytuacja wyglądała nieco inaczej. Wtedy kobiety przyznawały się do używania EC na równi z mężczyznami (po 5%). Najczęściej wskazywanym powodem stosowania EC była chęć rzucenia palenia tradycyjnych papierosów (54%), a rzadziej zakaz palenia tytoniu (odpowiedź „używam ich tylko w miejscach objętych zakazem palenia” wskazało 17% zapytanych). Tyle samo ankietowanych używało EC w innym celu, a tylko 15% osób twierdziło, że pali EC na przemian z tradycyjnymi papierosami (Trząsalska i in., 2017).

Niezmienne od momentu pojawienia się na rynku EC cieszą się największą popularnością wśród młodzieży, najczęściej osób w przedziale wiekowym 18–24 lata (8,6%) oraz uczniów i studentów (9,7%). Na uwagę zasługuje fakt, że 16,9% użytkowników EC zadeklarowało pierwsze ich użycie w wieku poniżej 18 lat. Symptomatyczne jest, że deklarację taką składa połowa obecnie używających EC osób w wieku 18–24 lat. Stanowi to potwierdzenie popularności EC wśród osób młodych, w tym niepełnoletnich. Już co czwarty nastolatek w Polsce sięga po e-papierosy. Częstotliwość ich stosowania wśród osób w wieku 15–18 lat jest większa niż tradycyjnych wyrobów tytoniowych. Równocześnie pojawiają się kolejne badania, które wskazują na negatywne skutki zdrowotne ich palenia (Trząsalska i in., 2017).

Wyniki najnowszych badań wskazują jednoznacznie – e-papierosy, które pojawiły się na rynku kilkanaście lat temu stały się obecnie głównym nałogiem polskiej młodzieży. Z badań Instytutu Badań Pollster zleconych przez Rzecznika Praw Dziecka, opublikowanych w grudniu 2020 wynika, że 23% nastolatków w Polsce pali e-papierosy, a 72% z tej grupy robi to systematycznie (Pawlak, 2020).

Okazuje się, że e-papierosy, które przez wielu rodziców dotychczas były bagatelizowane, stają się dzisiaj wielkim zagrożeniem dla polskiej młodzieży.

Zwłaszcza że ponad 30% uczniów, którzy spróbowali nikotyny, po raz pierwszy miało z nią kontakt właśnie w formie e-papierosa (Balwicki i in., 2022). Nastolatkom w Polsce częściej też używają e-papierosów niż tradycyjnych wyrobów nikotynowych. Obserwujemy masowy napływ tanich, jednorazowych, smakowych e-papierosów do Polski. Ich rzeczywista sprzedaż może być nawet kilkukrotnie wyższa niż podaje Ministerstwo Zdrowia. Według szacunków Instytutu Prognoz i Analiz Gospodarczych (IPAG), w 2023 r. wyniosła blisko 100 mln sztuk. Wzrost sprzedaży jest wykładniczy i przekracza 200 proc. r/r (w 2022 r. sprzedaż wyniosła 32,3 mln sztuk). Atrakcyjna cena (poniżej 30 zł), duży wybór smaków (ok. 770 wariantów) oraz szeroka, pozbawiona kontroli dostępność sprawiają, że po tzw. „jednorazówki” sięgają również dzieci. Z tego powodu coraz więcej europejskich państw już pracuje nad zakazem ich sprzedaży. Analizując zjawiska mające wpływ na budżet państwa, IPAG zwraca też uwagę na problem naruszeń i łamania prawa przez podmioty sprowadzające z zagranicy jednorazowe, smakowe e-papierosy, skutkujący rozwojem nielegalnego rynku (IPAG, 2024). Według danych Ministerstwa Zdrowia, w 2022 r. sprzedaż jednorazowych, smakowych e-papierosów w Polsce wyniosła 14,66 mln sztuk (Centrum Monitorowania Rynku [CMR], 2023). Firma badawcza CMR, monitorująca dużą część kanałów dystrybucji rynkowej tych wyrobów, raportuje sprzedaż wyższą o 11% niż wynika z danych resortu (16,3 mln sztuk w 2022 r). W 2023 r. CMR raportował sprzedaż już na poziomie 54,2 mln sztuk. IPAG podjął próbę oszacowania rzeczywistej wielkości sprzedaży jednorazowych, smakowych e-papierosów w Polsce, doszacowując pozostałe kanały ich dystrybucji. Rzeczywista sprzedaż jednorazowych, smakowych e-papierosów w 2023 r. wyniosła według IPAG ok. 99,7 mln sztuk. W 2022 r. sięgała ok. 32,3 mln sztuk. Wzrost sprzedaży w latach 2022–2023 był zatem ponadtrzykrotny. To najszybciej rosnąca kategoria na polskim rynku wyrobów nikotynowych. Według wyliczeń IPAG, w 2023 r. ich średnia miesięczna sprzedaż w Polsce sięgała 8,3 mln sztuk. Ponad 90 proc. rynku stanowią warianty słodkie, owocowe lub tzw. napojowe. Łącznie w oficjalnej polskiej dystrybucji jest ponad 770 wariantów smakowych (IPAG, 2022).

Skutki używania e-papierosów

Jak wskazuje Sobczak (2018a, 2018b), na podstawie danych opublikowanych w recenzowanych czasopismach można wyciągnąć kilka wniosków dotyczących używania e-papierosów. Przede wszystkim należy przyznać, że

są to wyroby mniej szkodliwe niż papierosy konwencjonalne. Podobnie jest z biernym narażeniem na aerozol z e-papierosów, który zawiera zdecydowanie mniej związków toksycznych niż ETS z papierosów konwencjonalnych. Dodatkowo występują one (np. nikotyna) w kilkakrotnie mniejszym stężeniu. Generalnie wszyscy badacze zwracają uwagę na brak długofalowych badań klinicznych. Większość przychyliła się do stwierdzenia, że w okresie kilku lub kilkunastu miesięcy ich negatywny wpływ na zdrowie jest mniejszy niż w przypadku palenia papierosów, a całkowita rezygnacja z papierosów konwencjonalnych na rzecz e-papierosów byłaby korzystna dla poprawy zdrowia palaczy. Takiej szansy nie mają palacze hybrydowi. Pomimo że EC są dostępne na rynku już od kilkunastu lat, wciąż jest niewiele zwartych, udokumentowanych badaniami danych analitycznych dotyczących składu płynów do EC i uzyskiwanych aerozoli (Sobczak, 2018a).

Opierając się na aktualnych badaniach wiemy, że użytkowanie e-papierosów niesie za sobą wiele negatywnych skutków, nie tylko tych somatycznych, ale również pogłębiających zaburzenie związane z używaniem substancji psychoaktywnej. Biorąc pod uwagę składniki zawarte we wdychanym dymie przez użytkowników można stwierdzić, że jest on szkodliwy dla zdrowia. Pomimo tego w pewnej części polskiego społeczeństwa wyrosło przekonanie o rzekomej nieszkodliwości papierosów elektronicznych dla zdrowia fizycznego. Przypuszczalnie przekonanie to może być oparte na analizie składu chemicznego w porównaniu ze zwykłym papierosem, w którym liczba toksycznych związków jest rzeczywiście znacznie wyższa – od 9 do 450 razy – niż w przypadku papierosów elektronicznych (Modrzyński, 2021). Należy jednak zwrócić uwagę na szkodliwość poszczególnych składników wchodzących w skład *liquidów* i ich oddziaływanie na zdrowie.

Substancje wdychane z EC mogą uszkadzać nabłonek płuc, prowadząc do szerokiego zakresu zaburzeń dróg oddechowych. Wdychanie zawartego w aerozolu formaldehydu ma negatywne działanie na układ oddechowy, powoduje podrażnienie dróg oddechowych i upośledza czynność płuc, a związek ten może brać udział w patogenezie raka płuc (Sobczak, 2018b).

Należy pamiętać, że sama nikotyna, niezależnie od dawki czy stężenia, stanowi główny składnik e-papierosów. Jest to substancja toksyczna o silnych cechach uzależniających, nieposiadająca substancji rakotwórczych, lecz mogąca działać jak ich wyzwalacz. Stanowi ona jeden z najczęstszych czynników ryzyka chorób serca, jak również układu sercowo-naczyniowego. Przyczynkiem do ich wystąpienia jest aktywacja, za pomocą nikotyny, układu współczulnego odpowiedzialnego za uwalnianie adrenaliny

oraz noradrenaliny powodujących skurcze naczyń krwionośnych, wzrost ciśnienia krwi oraz przyspieszenie bicia serca (Stępniewska i in., 2017). W tym przypadku nikotyna ma dość niespotykane działanie, ponieważ wpływa na układ nerwowy zarówno jako środek stymulujący, jak i uspokajający. Podczas wydzielania adrenaliny dochodzi do pobudzenia organizmu, a w konsekwencji do między innymi wzrostu tętna oraz zwiększenia poziomu glukozy we krwi. Ma również działanie przeciwbólowe, mające wpływ na zwiększenie poziomu hormonu szczęścia w organizmie (Dworniczak, 2010).

Do kolejnej grupy składników obecnych w *liquidzie* i parze należy glikol propylenowy oraz gliceryna. Pierwszy z nich znany pod nazwami PG lub GP jest aktualnie stosowany jako rozpuszczalnik i baza niektórych substancji takich jak: krople do oczu, kroplówki i roztwory do oczyszczania nosa. Stanowi on również główny składnik „dymu” występującego na koncertach, dyskotekach itp. (Dworniczak, 2010). W przypadku dzieci długotrwały kontakt z glikolem propylenowym może doprowadzić lub zaostrzyć astmę, egzemę, alergię oraz nieżyt nosa (Choi i in., 2010). Kolejna substancja, czyli gliceryna, jest toksyczna w temperaturze powyżej 290°C, ponieważ wtedy wydziela się akroleina (drażniąca substancja). Biorąc pod uwagę średnią temperaturę w e-papierosach, która waha się od 60 do 250°C, nie powinno teoretycznie dojść do wytworzenia akroleiny. W praktyce jednak jest ona wydzielana w małych ilościach (Caldwell i in., 2012). Gliceryna stosowana jest przez użytkowników e-papierosów głównie w celu lepszego efektu dymienia (Dworniczak, 2010). W wydychanej parze znajdują się również szkodliwe substancje z grupy aldehydów: formaldehyd (środek odkażający, używany przy niszczeniu grzybów, bakterii oraz wirusów) oraz aldehyd octowy, mające działanie rakotwórcze (Ślęzak i in., 2017).

Warto zwrócić uwagę na szkodliwość coraz częściej spotykanego zjawiska dotyczącego dodawania (dzięki odkręceniu e-papierosa) do e-papierosów substancji psychoaktywnych, np. kokainy, mefedronu, THC, metamfetaminy i innych (Modrzyński, 2021). Zostało to również potwierdzone w badaniach prowadzonych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego wskazujący, że ponad 14% użytkowników e-papierosów używało ich do wdychania innych substancji psychoaktywnych niż nikotyna – najczęściej są to kannabinoidy (Bawlicki, 2020). Jest to niebezpieczne zjawisko z wielu względów: brak badań dotyczących reakcji zachodzącej pomiędzy poszczególnymi środkami psychoaktywnymi w wysokiej temperaturze, możliwość użytkowania substancji nielegalnych w miejscach publicznych itp.

Jak czytamy w raporcie Szara Strefa (2022): „Specyfika zjawiska szarej strefy na rynku e-papierosów jest nieco inna niż w przypadku pozostałych segmentów rynku, również jednak wynika z wysokiego udziału podatku (łącznie akcyzy i VAT) w finalnej cenie sprzedaży, w połączeniu ze stosunkowo prostym sposobem omijania istniejących uregulowań systemowych oraz rozdrobnieniem produkcji”. Łatwość obchodzenia obowiązku akcyzowego spowodowała niemal całkowite wypchnięcie z legalnego rynku płynów beznikotynowych i przeniesienie przytłaczającej większości obrotu nimi do szarej strefy. Według szacunków Stowarzyszenia Vaping Association Polska (IPAG, 2022), udział szarej strefy w obrocie płynami beznikotynowymi wynosi około 90%, przy 90-procentowym udziale legalnej sprzedaży w przypadku płynów zawierających nikotynę. Nastąpiło ponadto przesunięcie części popytu z produktów zawierających nikotynę na produkty beznikotynowe, które po domieszanii tzw. shotów zamienić się mogą w produkty nikotynowe. Po wprowadzeniu obowiązków akcyzowych popularnym sposobem na unikanie płacenia podatku akcyzowego stało się sprzedawanie płynów, które formalnie nie są uznawane za płyny do e-papierosów. Na opakowaniach oznaczane są one na przykład jako „aromaty uniwersalne”, „aromaty spożywcze” (przykładowo do wypieków) lub „aromaty do kominków zapachowych”. Skład tych płynów jest taki sam jak w przypadku płynów do e-papierosów (Kowalska, 2019).

Pojawienie się luki podatkowej oraz brak kontroli stworzyły niebezpieczny precedens. Technologia pozwala dziś używać każdego narkotyku drogą inhalacyjną za pomocą e-papierosów (Kowalska, 2019).

Zjawisko użytkowania e-papierosów przez adolescentów

Wiek dojrzewania jest nazywany okresem buntu przeciwko codzienności oraz autorytetom, w tym rodzicielskim. Większość zachowań ryzykownych młodzieży, które narażają młodych ludzi na negatywne konsekwencje zdrowotne, społeczne lub emocjonalne są akceptowane przez starsze pokolenie na zasadzie „Młodzież musi się wyszumieć”. W literaturze przedmiotu w odniesieniu do współwystępowania różnych zachowań z obszaru używania substancji psychoaktywnych przez młodzież mówi się o „torowaniu drogi”, czyli ścieżkach używania substancji psychoaktywnych. Picie alkoholu i palenie papierosów (zazwyczaj pojawiające się na początku okresu adolescencji) może „torować drogę” do prób z narkotykami. Rzadko zdarza się, żeby ktoś

sięgał po marihuanę bez wcześniejszych doświadczeń z alkoholem lub/i papierosami (Ostaszewski, 2010). Młodzież, ze względu na specyficzny etap rozwoju psychicznego i emocjonalnego, jest bardziej skłonna do podejmowania takich zachowań, często z powodu presji rówieśników, poszukiwania tożsamości, chęci przynależności czy potrzeby uzyskania akceptacji. Ryzykowne zachowania mogą mieć krótkotrwałe lub długoterminowe skutki, wpływając na jakość życia, zdrowie, a nawet przyszłe możliwości zawodowe i osobiste. Wielu nastolatków w tym czasie przejawia chęć poszukiwania nowych wrażeń i próbowania innych nieznanych dotąd rzeczy, dlatego struktura e-papierosa idealnie wpisuje się w te potrzeby (Modrzyński, 2021). Do klasycznych zachowań ryzykownych młodzieży należy używanie narkotyków, picie alkoholu i upijanie się, kradzieże sklepowe i inne mniejsze wykroczenia, a także stosowanie przemocy wobec rówieśników (Dzielska, Kowalewska, 2014). Rodzaje zachowań ryzykownych młodzieży zmieniają się jednak wraz z rozwojem cywilizacyjnym i technologicznym, czego przykładem jest np. używanie e-papierosów czy cyberprzemoc, które traktuje się jako tzw. nowe zachowania ryzykowne (Pyżalski, 2012). E-papierosy i inne wynalazki technologiczne przemysłu tytoniowego są próbą wyjścia z kryzysu, w jakim znalazła się ta branża po radykalnej zmianie postaw społecznych dotyczących palenia papierosów. Gdyby nie atrakcyjna forma papierosów elektronicznych (traktowana jako intrygująca nowość technologiczna), młode pokolenie prawdopodobnie nie miałoby w takiej skali styczności z nikotyną. Dla większości współczesnego pokolenia adolescentów używanie e-papierosów stało się pewnego rodzaju modą, a w niektórych przypadkach nawet sposobem na spędzanie wolnego czasu. Badania społeczne sprawdzające motywy użytkowania papierosów elektronicznych wskazują na ciekawość wypróbowania czegoś nowego związanego z technologią (Modrzyński, 2021). Posiadanie e-papierosa w kręgu młodych ludzi stało się powodem do bycia zauważonym i zaakceptowanym przez grupę rówieśników. Jak wspomniano powyżej, aktualnie wśród polskiej młodzieży popularność zdobywa nowy rodzaj e-papierosa nazywanego PODY – wyglądem przypominający pendrive’a, który ze względu na swój niepozorny kształt jest idealny do użytkowania w szkole (Modrzyński, 2021).

Na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka w 2020 roku Instytut Badań Pollster przeprowadził badanie wśród polskiej młodzieży na temat używania e-papierosów. Z dosyć obszernego raportu poniżej przedstawione zostały jedne z istotniejszych danych:

1. 34% młodych e-palaczy (w wieku 16–17 lat) pali od ponad roku, 31% – od dwóch do pięciu lat, a 4% ponad 5 lat.

2. Wśród młodych palaczy tylko 11% badanych porzuciło tradycyjne papierosy na rzecz e-papierosów. A 13% po zapaleniu e-papierosa zaczęło palić tradycyjne papierosy.

3. Aż 72% palaczy poniżej 20. roku życia deklaruje, że pali regularnie. Co trzeci młody palacz (32%) przyznaje, że pali systematycznie, bo po prostu lubi, 20% twierdzi, że ma takie przyzwyczajenia i taki sam odsetek przyznaje, że pali, bo odczuwa głód nikotynowy.

4. Zdecydowanie częściej do uzależnienia przyznają się młodszy palacze w wieku 16–17 lat – do głodu nikotynowego przyznaje się aż 27% z nich, wśród starszej młodzieży 18–19 lat jest to 16%. Niemalże wszyscy badani – 93% – uważają, że ogólnie palenie uzależnia, ale tylko 75% ma takie przekonanie wobec e-papierosów.

5. Dla 69% palącej młodzieży e-papierosy poprawiają nastrój, odprężają, relaksują i dają chwilę wytchnienia, 37% z nich pomaga nawiązać relacje z ludźmi, 35% – pomaga się skoncentrować, a dla 30% stwarzają przyjazną atmosferę.

6. Co czwarta młoda osoba (26%) zaspokaja e-papierosem głód, a 22% dodaje sobie nim pewności siebie.

7. 77% młodzieży pali e-papierosy w domu, co drugi palacz (52%) deklaruje, że chodzi w miejsca, gdzie „wszyscy się spotykają na papierosa”. 38% pali w szkole, np. w toalecie, a 37% na przystanku.

8. Nieletni, jak wynika z ich odpowiedzi, nie mają większego kłopotu z zakupem e-papierosa. Samodzielnie – mimo formalnego prawnego zakazu takiej sprzedaży – kupuje je aż 56% palących 16- i 17-latków, głównie w sklepach z e-papierosami, kioskach i supermarketach. Dla 3% z nich e-papierosy kupują rodzice, a 36% korzysta z pomocy pełnoletnich znajomych.

9. Połowa e-palaczy uważa, że nie szkodzi zdrowiu, a 37%, że nie uzależnia. 51% młodych ludzi przyznaje, że o e-papierosach wie mało, ale ta wiedza im wystarcza. 20% jest przekonanych, że wie już wystarczająco dużo. Tylko 18% chciałoby swoją wiedzę uzupełnić. Źródłem wiedzy są najczęściej znajomi i rodzina – 69%, internet, w tym fora internetowe – 66%, a tylko 22% dopytuje sprzedawców.

10. Najczęściej postrzegana różnica między e-papierosami a tradycyjnymi to taka, że e-papierosy ładniej pachną – twierdzi tak 87% polskiej młodzieży. Dla 62% e-papierosy są smaczniejsze, a 58% uważa, że łatwiej jest ukryć e-papierosa przed rodzicami, bo jest bezzapachowy. Dla 58% e-palanie jest modne, dla 42% tańsze, a dla 40% bezpieczniejsze dla osób przebywających w otoczeniu e-palacza (Pollster, 2020).

Ogromny wpływ na rosnącą liczbę młodych użytkowników ma marketing koncernów waperskich polegający na tym, że przedsiębiorstwa zamieszczają reklamy, przekazują najnowsze informacje o dostępnych produktach, oferty oraz promocje w przestrzeni społecznej, z której najczęściej korzysta młodzież, czyli w mediach społecznościowych. „Świat vape’u” posiada kanały na *YouTubie*, konta instagramowe oraz grupy dla e-palaczy na *Facebooku*, na których influencerzy polecają i zachęcają młodych odbiorców do używania papierosów elektronicznych (Modrzyński, 2021). Pojawianie się w mediach społecznościowych treści o tematyce e-papierosów jest o tyle zastanawiające, że przepisy prawne jasno zabraniają reklamowania tego typu treści osobom niepełnoletnim. Wart podkreślenia jest również fakt, że nawet gdy adresatami treści nie są osoby poniżej 18 r.ż., to biorąc pod uwagę, że średni wiek użytkowników social mediów (takich jak *YouTube*, *Instagram* lub *Snapchat*) to w większości pokolenie Z, czyli osoby poniżej 20 r.ż., treści te i tak trafiają do adolescentów.

Biorąc pod uwagę wywiady z osobami użytkującymi e-papierosy, podawanymi przyczynami sięgania po tego typu używkę są: różnorodność smakowa, możliwość bycia oryginalnym na tle innych osób uzależnionych, niski koszt eksploatacji, hobby oraz poczucie tożsamości osobistej (Modrzyński, 2021). Kwestia braku nieprzyjemnego zapachu i smaku sprawia, że ludzie palą częściej i w każdym miejscu, w przeciwieństwie do zwykłych papierosów, których nieprzyjemny zapach niesie za sobą znaczne ograniczenia. W przypadku tej grupy wiekowej bardzo ważne jest bycie zauważonym i odróżniającym się na tle innych. Idealnym dostępnym narzędziem stały się różnego rodzaju papierosy elektroniczne oraz tworzenie własnych *liquidów* tak, aby stworzyć ten najlepszy i „najsmaczniejszy”. Sytuacja jest o tyle niebezpieczna dla zdrowia młodych użytkowników, że często ze względów finansowych kupują oni od innych osób zamienniki substancji bez wymaganych badań jakościowych. Ryzyko wystąpienia możliwych konsekwencji zwiększa również brak wiedzy na temat skutków wymieszania kilku rodzajów substancji smakowych ze sobą i ich wpływ na zdrowie w procesie podgrzewania. Również prawnie obowiązujące przepisy nie dają gwarancji jakości kupowanych produktów, gdyż opierają się jedynie na deklaracjach dystrybutorów, a nie na wiarygodnej analizie laboratoryjnej (Dworniczak, 2017).

Konsekwencje zdrowotne używania e-papierosów przez adolescentów

Używanie papierosów elektronicznych postrzegane jest przez młode pokolenie jako znacznie bezpieczniejsze od zwykłych papierosów. Przekonanie to zostało udowodnione w badaniu przeprowadzonym przez CBOS w 2019 roku, gdzie respondenci w 68% wyrazili zdanie dotyczące większego bezpieczeństwa użytkowania e-papierosów od palenia klasycznych papierosów (CBOS, 2019). Na powyższe przekonanie adolescentów składa się wiele czynników, nie zmienia to jednak faktu, że takie podejście osłabia przekonania skoncentrowane na zdrowiu i niweluje obawy przed możliwym uzależnieniem. Jest to związane bezpośrednio z podejściem młodzieży do tego typu używek jako formy nowej rozrywki, sposobu spędzania czasu lub relaksu (Modrzyński, 2021).

Nawiązując do wymienionych w poprzednim podrozdziale szkodliwych składników *liquidu* przedstawię ich oddziaływanie na adolescentów. Nastolatkomie narażeni są na niepożądane działanie nikotyny wpływającej na obszary mózgu odpowiedzialne za procesy uwagi, kontrolę impulsów, nastrój oraz uczenie się (Hwang, O'Neil, 2020). Nikotyna jest substancją silnie uzależniającą, co może w życiu młodych ludzi stanowić podstawę do późniejszego sięgania po zwykłe papierosy, a tym samym pogłębić uzależnienie, chociażby przez uszkodzenie ośrodka nagrody i kary (Korzeniowska i in., 2014). Elektroniczne papierosy mogą powodować również konsekwencje związane z układem oddechowym, takie jak: zwiększona produkcja flegmy, zapalenie oskrzeli oraz kaszel (McConnell i in., 2017). Istnieje również prawdopodobieństwo, że e-papierosy mogą być w przypadku adolescentów wstępem do uzależnienia od nikotyny (Sobczak, 2017).

Biorąc pod uwagę powyższe konsekwencje i dane pochodzące z Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS) na rok 2019 względem poprzednich lat, liczba nastolatków regularnie używająca e-papierosy wzrosła sześciokrotnie. Dotyczyło to 30% uczniów od 15. do 19. r.ż. (GIS, 2019). Mając na uwadze brak jakichkolwiek nowych działań w tym zakresie liczba osób małoletnich mających regularną styczność z elektronicznymi papierosami jest na pozycji wzrostowej.

Przekazanie wiedzy na temat e-papierosów w trakcie zajęć np. z socjoterapii pomogłoby zrozumieć przyczyny sięgania po elektroniczne papierosy. Spośród nich można wymienić: stres czy presję rówieśniczą, co pozwoliłoby

na skuteczniejsze działania terapeutyczne. Kluczowe jest również poszerzanie wiedzy specjalistów o najnowsze badania, aby ich przekaz był aktualny i oparty na faktach. Dedykowane programy psychoedukacyjne dla terapeutów i psychologów mogłyby skuteczniej obalać mit o „mniejszym złu” użytkowania e-papierosów. Uzależnienie od nikotyny, podobnie jak od alkoholu, zawsze prowadzi do destrukcji, niezależnie od formy. W obliczu rosnącej liczby młodych osób sięgających po e-papierosy konieczne jest zintensyfikowanie działań edukacyjnych i terapeutycznych. Rozmowy na ten temat powinny stać się integralną częścią zajęć profilaktycznych i socjoterapeutycznych. Kluczowe jest nie tylko dostarczanie wiedzy, ale również budowanie u młodzieży umiejętności rozpoznawania i odrzucania szkodliwych wzorców zachowań. Tylko poprzez szczere, merytoryczne rozmowy i wspieranie młodych ludzi w dokonywaniu świadomych wyborów można skutecznie przeciwdziałać uzależnieniu od e-papierosów.

Aspekty prawne używania e-papierosów

Na samym początku pojawienia się papierosów elektronicznych nie podlegały one zbyt dużym regulacjom i nakazom. Papieros elektroniczny mógł być używany w każdym miejscu oraz w środkach komunikacji publicznej. Warto podkreślić również fakt, że nie posiadały one ograniczenia wiekowego (Roman, 2017). Istniejąca luka w przepisach prawnych doprowadziła do szybkiego rozpowszechnienia się oraz popularności elektronicznych inhalatorów nikotynowych (Dworniczak, 2017). Głównym celem przeprowadzenia regulacji prawnych było rozszerzenie obecnie funkcjonujących obostrzeń co do użytkowania elektronicznych odpowiedników. Na mocy nowelizacji ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia, wprowadzony został zakaz reklamowania e-papierosów w mediach społecznościowych i miejscach publicznych (Roman, 2017). Nie można wystawiać opakowań e-papierosów w miejscach, gdzie robi się zakupy, używać ich w miejscach publicznych, sprzedawać osobom poniżej 18 r.ż., jak również dokonywać sprzedaży na odległość (Roman, 2017).

Pomimo wprowadzonych regulacji prawnych, zakup e-papierosów oraz *liquidów* jest możliwy za pomocą sklepów internetowych, zajmujących się dystrybucją tego typu produktów. Większość e-sklepów rejestruje swój biznes poza Polską, aby utrudnić odpowiednim jednostkom władzy zidentyfikowanie celu założenia sklepu. Jednym ze sposobów jest również zmiana nazw sprzedawanych

produktów, np. waporyzatory. W takich przypadkach przepisy tracą „moc”, a możliwe wysokie kary nie są przeszkodą dla właścicieli tych biznesów (Modrzyński, 2021). Jedynymi „zabezpieczeniami” mającymi na celu niedopuszczenie do sprzedaży osobom niepełnoletnim jest kliknięcie potwierdzenia, że ma się skończone 18 lat oraz wpisanie całej daty urodzenia przed dokonaniem płatności. Obecne sposoby na sprawdzenie pełnoletniości są absurdalne, gdyż nie stanowią w rzeczywistości jakiegokolwiek przeszkody do zakupu internetowego przez małoletnich. Co ciekawe, niektóre ze sklepów internetowych wymagają zakupu powyżej 50 zł, aby transakcja była możliwa, co wiąże się z potrzebą kupienia większej ilości e-papierosów lub *liquidów*. Wydaje się to jawnym przyzwoleniem, a nawet wspieraniem procesu uzależniania od nikotyny.

Mając na uwadze powyższe informacje oraz skutki używania e-papierosów istotne jest wprowadzenie bardziej radykalnych i skutecznych rozwiązań, aby zapobiec uzależnianiu następnych pokoleń (Dworniczak, 2017).

Podsumowanie

Obecny stan wiedzy nie daje podstaw do uznania e-papierosów za bezpieczne. Z badań zawartych w przeglądzie wyraźnie wynika, że EC są źródłem niebezpiecznych metali śladowych, które w przypadku długotrwałej kumulacji w organizmie mogą być przyczyną wielu chorób. Indywidualne narażenie zależy od wielu czynników, takich jak rodzaj urządzenia, temperatura podgrzewania e-liquidu, zawartość w nim substancji aromatyzujących, zawartość nikotyny i zachowanie palacza. Dostępne dowody wskazują na to, że używane pojęcie „mniejszej szkodliwości” w odniesieniu do EC jest złudne. Coraz częściej wyniki prowadzonych badań w tym zakresie dowodzą, że EC są niemal równie szkodliwe jak papierosy tradycyjne (Chmielewski, 2020). Mając na uwadze przywołane badania, e-papierosy wydają się jednak mniej szkodliwe od klasycznych papierosów pod względem posiadanych substancji. Założenie o „mniejszej szkodliwości” opiera się na badaniach legalnie dostępnych *liquidów* u dystrybutorów tych substancji. W przypadku młodzieży oszacowanie negatywnych konsekwencji używania e-papierosów jest trudne ze względu na popularne tworzenie własnych *liquidów* (często na bazie nieznanych i nieprzebadanych czynników) oraz dodawanie do nich innych substancji psychoaktywnych, co jest alarmujące.

Zjawisko używania papierosów elektronicznych stanowi interesujący temat, wymagający wielu badań, zwłaszcza w zakresie wpływu palenia na

jeszcze rozwijający się mózg oraz w kontekście przyszłej podatności na uzależnienia od innych używek, a także uwarunkowań psychologicznych używania e-papierosów.

LITERATURA I ŹRÓDŁA INTERNETOWE

- Balwicki, Ł., Różańska, M., Koc, A., Chmielowiec, P. (2022). Determinants of e-cigarette and cigarette use among youth and young adults in Poland—PolNicoYouth study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6155. Pobrano z: <https://doi.org/10.3390/ijerph19106155>.
- Brewczyńska, P., Makowska, J., Skrajnowska, D., Teryks, M., Tokarz, A. (2015). Nałóg palenia papierosów klasycznych i elektronicznych a ryzyko skutecznej farmakoterapii. *Prospects in Pharmaceutical Sciences*, 13(3), 13–20. Pobrano z: <https://doi.org/10.56782/pps.110>.
- Caldwell, B., Sumner, W., Crane, J. (2012). A systematic review of nicotine by inhalation: is there a role for the inhaled route? *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 14(10), 1127–1139. Pobrano z: <https://doi.org/10.1093/ntr/nts009>.
- CBOS. (2019). Palenie papierosów. Komunikat z badań. Pobrano z: https://cbos.pl/SPI-SKOM.POL/2019/K_104_19.PDF.
- Chmielewski, J. (2020). Substancje chemiczne w e-papierosach i ich wpływ na zdrowie człowieka. *Przemysł Chemiczny*, 1(5), 114–118.
- Centrum Monitorowania Rynku – CMR (2023). Jednorazowe e-papierosy – przebieg sprzedaży 2023. Pobrano z: <https://www.cmr.com.pl/2024/01/jednorazowe-e-papierosy-przeboj-sprzedazy-2023/>.
- Choi, H., Schmidbauer, N., Sundell, J., Hasselgren, M., Spengler, J., Bornehag, C. (2010). Common house chemicals and the allergy risks in pre-school age children. Pobrano z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013423>.
- Dworniczak, M. (2010). Poradnik dla początkujących użytkowników e-papierosa. Poznań: Colins.
- Dworniczak, M. (2017). E-papierosy – wyzwanie dla nauki, technologii i prawa. W: E-papierosy w perspektywie prawa publicznego. Think Tank Nauk Administracyjnych. Lublin: Sowa druk.
- Dzielska, A., Kowalewska, A. (2014). Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu. *Studia BAS*, 2(38), 139–168. Pobrano z: https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-issn-2080-2404-year-2014-issue-2_38_-article-bwmeta1_element_desklight-bb62fce3-a7f3-4ef2-ad41-80d02097000c.
- GIS. (2019). Badanie postaw Polaków wobec palenia papierosów. Kantar dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Pobrano z: <https://www.gov.pl/web/gis/postawy-polakow-wobec-palenia-tytoniu--raport-2017>.

- Hwang, C., O'Neil, J. (2020). E-Cigarette Use Among Adolescents. *The Journal for Nurse Practitioners*, 16(6), 453–456. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.02.021>.
- IPAG. (2022). Szara Strefa.
- IPAG. (2024). Rynek jednorazowych e-papierosów w Polsce.
- Korzeniowska, K., Cieśliewicz, A., Jablecka, A. (2014). Dlaczego palimy papierosy elektroniczne? *Farmacja Współczesna*, 7(1), 9–13. Pobrano z: https://www.akademia-medycyny.pl/wp-content/uploads/2016/05/201401_Farmacja_002.pdf.
- Kowalska, K. (2019). E-papierosy: aromaty usypiają czujność rodziców. *Rzeczpospolita* 23/12. Pobrano z: <https://www.rp.pl/nauka/art9097111-e-papierosy-aromaty-usypiaja-czujnosc-rodzicow>.
- McConnell, R., Barrington-Trimis, J.L., Wang, K., Urman, R., Hong, H., Unger, J., Samet, J., Leventhal, A., Berhane, K. (2017). Electronic Cigarette Use and Respiratory Symptoms in Adolescents. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 195(8), 1043–1049. Pobrano z: <https://doi.org/10.1164/rccm.201604-0804OC>.
- Modrzyński, R., (2021). Nowe uzależnienia młodego pokolenia. Od przyjemności do przymusu. Warszawa: Difin.
- Ostaszewski, K., (2010). Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych. W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki* (s. 483–517). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pawlak, M., (2020). Alarmujące wyniki badań: e-papierosy stały się nałogiem młodzieży. Pobrano z: <https://brpd.gov.pl/2020/12/28/alarmujace-wyniki-badan-e-papierosy-staly-sie-nalogiem-mlodziezy/>.
- Pollster. (2020). E-papierosy stały się nałogiem młodzieży. *Pediatrics*.
- Pyżalski, J. (2012). *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Roman, K. (2017). Ekonomiczne aspekty opodatkowania e-papierosów i innych wyrobów tytoniowych. W: P. Szreniawski (red.), *E-papierosy w perspektywie prawa publicznego* (s. 164–175). Think Tank Nauk Administracyjnych. Lublin: Drukarnia Sowa.
- Sobczak, A. (2017). 1500 razy mniej. Papierosy elektroniczne w świetle badań naukowych. Warszawa: Borgis.
- Sobczak, A. (2018a). Papierosy elektroniczne. Mniej szkodliwa opcja dla palaczy, ale zagrożenie dla młodzieży. *Medycyna Praktyczna*. Pobrano z: <https://www.mp.pl/pediatrics/artykuly-wytyczne/artykuly-przegladowe/188132,papierosy-elektroniczne>.
- Sobczak, A. (2018b). Does switching to electronic cigarettes reduce the harm caused to the cardiovascular system by tobacco smoking? *Medycyna Rodzinna*, 2, 177–184. Pobrano z: <https://doi.org/10.25121/MR.2018.21.2.177>.
- Sobczak, A., Kośmider, L., Koszowski, B., Goniewicz, M.Ł. (2020). E-cigarettes and their impact on health: from pharmacology to clinical implications. *Polish archives of internal medicine*, 130(7–8), 668–675. Pobrano z: <https://doi.org/10.20452/pamw.15229>.

- Stępniewska, A., Kowalczyk, M., Cholewińska, E., Ognik, K. (2017). E-papierosy – pomoc w rzuceniu palenia czy zagrożenie? *Hygeia Public Health*, 52(2), 86–95.
- Ślęzak, D., Nadolny, K., Synowec, J. (2017). Czy e-papierosy są mniej szkodliwe od tradycyjnych? *Medycyna Rodzinna*, 20(4), 310–312. Pobrano z: <https://doi.org/10.25121/MR.2017.20.4.310>.
- Trzasańska, A., Staszyńska, M., Krassowska, U. (2017). Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu. Kantar Public dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Pobrano z: <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Postawy-Polak%C3%B3w-do-palenia-tytoniu-Raport-2017.pdf> [dostęp w dniu: 7.10.2019].

JOANNA JAKŚ

Fundacja Prodeste

ROZWÓJ SAMOŚWIADOMOŚCI POTRZEB JAKO MOŻLIWA DROGA DO PRZEWYCIĘŻENIA WSTYDU Z WYKORZYSTANIEM ZASOBÓW GRUPY

STRESZCZENIE

Artykuł analizuje potencjał rozwoju samoświadomości potrzeb jako metody przezwycięzania wstydu w kontekście socjoterapeutycznym. Wstyd może prowadzić do izolacji i niskiej samooceny, co czyni go istotnym obszarem interwencji terapeutycznej. Analiza opiera się na przeglądzie literatury dotyczącej wstydu, samoświadomości i teorii potrzeb w kontekście socjoterapeutycznym. Przedstawiono hipotezę, że zwiększona samoświadomość potrzeb, wspierana przez dynamikę grupy w procesie socjoterapii może skutecznie przyczyniać się do redukcji wstydu i poprawy dobrostanu uczestników. Omówiono specyfikę polskiego kontekstu kulturowego i zaproponowano modyfikację tradycyjnego podejścia socjoterapeutycznego, kładąc nacisk na wczesne etapy budowania świadomości potrzeb uczestników. Wnioski sugerują, że integracja rozwoju samoświadomości potrzeb w procesie socjoterapeutycznym może prowadzić do efektywniejszego przezwycięzania wstydu, poprawy relacji interpersonalnych i zwiększenia dobrostanu uczestników.

Słowa kluczowe: Samoświadomość, potrzeby, profilaktyka, socjoterapia, wstyd, zasoby

LEVERAGING SELF-AWARENESS OF NEEDS AND GROUP RESOURCES TO OVERCOME SHAME

ABSTRACT

The article analyzes the potential of developing self-awareness of needs as a method for overcoming shame in a sociotherapeutic context. Shame can lead to isolation and low self-esteem, making it an important area for therapeutic intervention. The analysis is based on a literature review concerning shame, self-awareness, and needs theory in a sociotherapeutic context. A hypothesis is presented that increased self-awareness of needs, supported by group dynamics in the sociotherapy process, can effectively contribute to reducing shame and improving participants' well-being. The specifics of the Polish cultural context are discussed, and a modification of the traditional sociotherapeutic approach is proposed, emphasizing the early stages of building awareness of participants' needs. The conclusions suggest that integrating the development of

self-awareness of needs into the sociotherapeutic process can lead to more effective overcoming of shame, improved interpersonal relationships, and increased well-being of participants.

Keywords: Self-awareness, needs, prevention, sociotherapy, shame, resources

Wstęp

Wstyd jest jedną z najbardziej skomplikowanych emocji, które mogą wpływać na życie jednostki, prowadząc do uczucia izolacji, niskiego poczucia własnej wartości oraz trudności w nawiązywaniu zdrowych relacji interpersonalnych. W odróżnieniu od innych emocji, takich jak smutek lub złość, wstyd często jest uczuciem głęboko zakorzenionym w doświadczeniach społecznych i negatywnie wpływa na zachowanie oraz dobrostan emocjonalny. W kontekście terapeutycznym zrozumienie mechanizmów wstydu oraz efektywnych metod jego przezwyciężania staje się kluczowe dla osiągnięcia dobrostanu psychicznego.

Z tego punktu widzenia połączenie z rozwijaniem samoświadomości odgrywa istotną rolę. Zdolność do rozpoznawania oraz akceptacji własnych potrzeb fizycznych i emocjonalnych, a także ich wyrażania stanowi fundament zdrowia psychicznego. Rozwój samoświadomości stanowi drogę do budowania realnego obrazu Ja i przezwyciężania zinternalizowanych przekonań pierwotnych na własny temat, które wielokrotnie stanowią źródło wstydu i niskiej samooceny.

Jako podejście integrujące edukację społeczną i terapeutyczną w grupie, socjoterapia stwarza unikalne warunki dla wspólnego rozwoju i eksploracji samoświadomości poprzez wdrożenie interakcji grupowych. Wykorzystanie zasobów, takich jak wsparcie emocjonalne, empatia, wzajemne uczenie się, czerpanie inspiracji, uwspólnianie, może prowadzić uczestników w procesie przezwyciężania wstydu i budowania bardziej autentycznych relacji z innymi.

Celem niniejszego artykułu jest rozważenie, czy rozwój samoświadomości potrzeb, wspierany przez zasoby grupy, może przyczynić się do przezwyciężenia wstydu w kontekście socjoterapeutycznym.

Geneza i znaczenie wstydu

Wstyd to jedna z najsilniejszych emocji w całej dostępnej człowiekowi paletce uczuć. Jednocześnie jedna z najmniej „zbadanych”. Wiemy o wstydzie stanowczo za mało, a niewiedza czyni nas wobec niego bezbronnymi.

Jednocześnie w literaturze i badaniach możemy znaleźć wiele treści, które go opisują.

Przyjrzenie się rozumieniu, czym jest wstyd, oraz podjęcie próby zdefiniowania go warto rozpocząć od pracy prof. Elżbiety Czykwin, polskiej socjolożki i autorki wielu prac dotyczących emocji społecznych, w tym wstydu. W swoich badaniach prof. Czykwin analizuje wstyd jako emocję o głębokim znaczeniu społecznym i psychologicznym, która jest związana z tożsamością jednostki oraz normami społecznymi i kulturowymi. Zwraca uwagę na to, że wstyd ma charakter społeczny, ponieważ jego źródłem jest konfrontacja jednostki z normami i oczekiwaniami społecznymi. Wstyd pojawia się, gdy osoba czuje, że nie spełnia tych norm lub gdy jej prawdziwe „ja” zostaje ujawnione jako niedoskonałe. Jest to emocja związana z lękiem przed oceną i wykluczeniem, co może prowadzić do izolacji społecznej. W przypadku kobiet, dodatkowo wstyd często jest szczególnie silny z powodu kulturowo zakorzenionych ról płciowych i oczekiwań dotyczących zachowania i wyglądu. Kobiety mogą doświadczać wstydu w kontekście ról, które są im narzucane, a także w aspekcie fizycznym i emocjonalnym (Czykwin, 2013). Autorka w swoich analizach podkreśla, że wstyd może wywołać konsekwencje w postaci obniżonej samooceny, trudności w nawiązywaniu relacji czy problemów psychicznych. Jednocześnie, w odpowiednich warunkach przepracowanie wstydu może prowadzić do pozytywnych zmian i rozwoju osobowego, dlatego też jest ważnym obszarem zainteresowania w kontekście działań terapeutycznych i społecznych. Prace prof. Czykwin pomagają zrozumieć, jak ważne jest uwzględnianie kontekstu emocjonalno-społecznego w badaniach nad tożsamością i relacjami międzyludzkimi, co ma szczególne znaczenie w pracy z osobami zmagającymi się z różnymi problemami emocjonalnymi, w tym z uzależnieniami (Czykwin, 2013).

Z innej strony, idąc za słowami Ernesta Kurtza: „Doświadczenie wstydu to doświadczenie odsłaniania się” (Kurtz, 1988). Możemy przyjąć, że przeżywanie wstydu oznacza doświadczenie ujawnienia szczególnie wrażliwych, intymnych, podatnych na zranienie aspektów Ja. Proces odsłaniania może dokonywać się przed innymi, ale najtrudniejszym doświadczeniem dla osoby przeżywającej wstyd jest jego samouświadomienie.

Jak zauważają Patricia i Ronald Potter-Efron, wstyd „to zespół reakcji organizmu, połączony z możliwym do przewidzenia działaniem oraz przykrymi myślami” (Potter-Efron, Potter-Efron 1989) i odczuciami.

Jedna z najsłynniejszych badaczek wstydu – Brené Brown definiuje go jako „bardzo bolesne uczucie lub doświadczenie, polegające na wierze we własne wady i na odczuciu, że nie jesteśmy godni miłości i przynależności” (Brown,

2010). Wstyd powoduje, że czujemy się mali i wadliwi, a jego doświadczenie często prowadzi do poczucia alienacji i osamotnienia.

W miarę jak wstyd głęboko zakorzenia się w naszej osobowości, może prowadzić do rozwoju uzależnień jako formy ucieczki od emocjonalnego bólu. Wiktor Osiatyński wskazuje, że osoby obciążone wstydem często szukają sposobów na jego złagodzenie, co z czasem prowadzi do destrukcji ich życia osobistego, zawodowego i społecznego. W *Drogowskazach* pisze: „Wstyd jest tym, co każe w sobie wątpić” (Osiatyński, 2013). Uświadomienie sobie mechanizmów wstydu i jego wpływu na codzienne życie staje się kluczowe dla zrozumienia potencjalnych działań terapeutycznych, mających na celu przezwycięzenie tej emocji. Osiatyński wskazuje, że głównym źródłem toksycznego wstydu jest dysfunkcyjna rodzina, ponieważ wstyd krąży w niej trzema głównymi drogami. Po pierwsze, jest przekazywany dzieciom przez rodziców, którzy sami są spętani wstydem. Rodzice pozbawieni umiejętności samодocenienia nie potrafią nauczyć swoich dzieci pozytywnego postrzegania samego siebie. Krytyka, krzyki, kary czy oskarżenia przekładają się na przerzucenie ich własnego, nieuświadomianego wstydu na dziecko. Bardzo często sami jako dzieci doświadczali podobnych zachowań swoich rodziców, a w rezultacie musieli zmierzyć się z własnym wstydem oraz złością, najczęściej je wypierając. W obawie przed ujawnieniem własnych cierpień obawiają się ekspresji potrzeb swoich dzieci.

Dziecko wychowujące się w rodzinie spętanej wstydem często przyjmuje przekonanie, że jest złe i niegodne miłości. Nie rozumie, że rodzice także doświadczają upokorzenia, mają wiele niezaspokojonych potrzeb, a czasem zmagają się z problemami zdrowia psychicznego. Wstyd jest dziedziczny również z powodów sekretów rodzinnych, które mogą obejmować różne negatywne doświadczenia, takie jak przemoc, uzależnienia czy publiczne ośmieszenie.

Drugą drogą przekazywania wstydu są doświadczenia wczesnodziecięce. Porzucenie, brak opieki, krzywdy i ból zadawany dziecku, a także jego wykorzystywanie niweczą możliwość wytworzenia poczucia wartości i szacunku do samego siebie. Zaniedbywanie podstawowych potrzeb dziecka uczy je, że te potrzeby są nieważne.

Parentyfikacja, w której dziecko staje się rodzicem dla swoich rodziców, uczy je zaniedbywania własnych potrzeb, a zamiast tego podążania za zaspokajaniem potrzeb innych. Jak zauważa Bradshaw, dzieci przesiąknięte wstydem matki często zapewniają jej wszystko, czego nie otrzymała od swojej matki, co prowadzi do silnego związania się z poczuciem konieczności zaspokajania potrzeb dorosłych (Bradshaw, 2017).

Osoby neuro różnorodne, takie jak osoby w spektrum autyzmu lub ADHD, doświadczają wstydu wynikającego ze stresu mniejszościowego, co jest spowodowane dyskryminacją oraz brakiem akceptacji w społeczeństwie. Codzienna konfrontacja z normami społecznymi, które nie uwzględniają ich potrzeb i zachowań prowadzi do poczucia inności, co potęguje ich wstyd i izolację. Osoby neuroatypowe często muszą stawać wobec społecznych oczekiwań, które są dla nich trudne do spełnienia, co skutkuje obniżonym poczuciem własnej wartości oraz lękiem przed odrzuceniem (Jakś i in., 2023). Zawstydzanie emocji, szczególnie złości, jest często destrukcyjne. Złość, jako emocja podstawowa, jest naturalnym odruchem na naruszenia granic, jednak u wielu osób, które doświadczają wstydu, staje się ona wypierana lub tłumiona. Niechęć do przeżywania złości zmusza jednostki do wypierania tej emocji, co skutkuje jej kumulowaniem się oraz niezdrowym wybuchem w późniejszym czasie. To zaburza zdolność do rozpoznawania swoich emocji i skutecznego ich wyrażania, co ma negatywny wpływ na relacje interpersonalne. Zawstydzanie nie jest jedynie domeną rodziny. Deficyty emocjonalne mogą być wzmacniane przez instytucje religijne oraz edukacyjne, często stosujące szereg systemów motywacyjnych opartych na zawstydzaniu oraz porównywaniu dzieci. Rówieśnicy również mogą stawać się źródłem wstydu, co dodatkowo wpływa na poczucie własnej wartości.

Funkcje, które wstyd pełni w życiu człowieka mogą mieć różne skutki. Anna Dodziuk zauważa, że wstyd pełni ważną rolę, chroniąc naszą prywatność i intymność oraz wyraźnie zaznaczając granice pomiędzy nami a innymi ludźmi. Służy jako sygnał, który informuje nas, że nasze granice zostały przekroczone, a na to, czego doświadczamy, nie wyrażamy zgody. Działa to również w drugą stronę – gdy inni sygnalizują nam, że przekraczamy ich granice, wstyd staje się impulsem do refleksji nad naszym zachowaniem i sposobem, w jaki możemy je naprawić. Dodziuk wskazuje, że w ten sposób wstyd pełni rolę ważnego drogowskazu w kontaktach międzyludzkich (Dodziuk, 1999).

Wstyd może być konstruktywny. Zdrowy wstyd, odzwierciedlający świadomość wrodzonych granic i ograniczeń, chroni nas przed przekonaniem, że już wszystko wiemy. Działa motywująco, pobudzając nas do poszukiwania nowych informacji i uczenia się. Z drugiej strony, destrukcyjny wstyd nie sprzyja rozwojowi; raczej hamuje go, odbierając siły i energię do działania. Staje się przytłaczającym obciążeniem, które pozbawia radości życia, ogranicza i oddala nas od innych. W skrajnych przypadkach wstyd staje się dominującym motywem życia emocjonalnego, prowadząc do izolacji i paraliżu. Jak zauważają Potter-Efronowie: „termin dobry wstyd może zabrzmieć jak sprzeczność.

Co dobrego może wynikać z tego zasadniczo niewygodnego uczucia?... Nie byłoby poczucia prywatności ani intymności, gdyby nie było wstydu” (Potter-Efron, Potter-Efron, 1989). Wstyd przyczynia się także do ludzkiej pokory i autonomii, umożliwiając lepsze radzenie sobie w życiu. W pewnym wymiarze można porównać go do innych bolesnych emocji, takich jak złość, smutek czy strach, które mogą wskazywać na to, że w naszym życiu dzieje się coś złego i zachęcać nas do dokonania zmian. Jednak nadmierny wstyd staje się destrukcyjny, zamykając osobę w mentalnej klatce nienawiści do samego siebie, rozpaczcy oraz poczucia braku wartości. Taki wstyd może uszkadzać związki międzyludzkie, prowadząc do izolacji i porzucenia.

Również Ernest Kurtz zauważa, że „wstyd jest dobry”, co może brzmieć zaskakująco, jeśli pomyślimy o jego przeciwieństwie. Niewinność jest określeniem pozytywnym, podczas gdy bezwstydność to epitet potępienia i hańby. Dlatego zrozumienie roli wstydu oraz jego zróżnicowanych rodzajów – konstruktywnych i destrukcyjnych – jest kluczowe dla efektywnej pracy terapeutycznej i rozwijania zdrowych relacji międzyludzkich.

Samoświadomość i potrzeby

„Tematyka samoświadomości jest niewątpliwie jednym z trudniejszych działów badań nad człowiekiem. Człowiek nie przestaje być podmiotem oraz przedmiotem wielu dziedzin psychologii, psychiatrii, filozofii, pedagogiki, socjologii, a także neuronauk” (Kanar, 2018).

Pojęcie samoświadomości ewoluowało razem z rozwojem różnych nurtów psychologicznych i nauk o człowieku. W psychoanalizie skupiano się na ego, pragnieniach oraz instynktach, natomiast podejście behawioralne koncentrowało się na samopoznaniu i samoobserwacji, które są uzależnione od nastroju i motywacji jednostki. W tym kontekście osoba zaczyna dostrzegać swoje niedoskonałości i dokonuje interpretacji zarówno poprzez introspekcję, jak i reakcje otoczenia.

Z kolei nurt pragmatyczny wprowadził pojęcie „Ja” jako struktury podmiotowej i przedmiotowej, które obejmuje aktywność jednostki, myślenie, spostrzeganie oraz dostosowanie się do świata. „Ja empiryczne” zaś koncentruje się na poznawaniu samego siebie oraz gromadzeniu wiedzy o własnych dyspozycjach, wartościach i doświadczeniach. Wraz z pojawieniem się podejścia humanistycznego koncepcja rozwoju samoświadomości stała się szczególnie znacząca, kładąc nacisk na proces formowania poczucia tożsamości,

szacunku, wizerunku samego siebie oraz na planowanie i wyznaczanie celów, dostosowanych do różnych etapów rozwojowych człowieka.

Wynika z tego, że rozumienie samoświadomości jest uzależnione od przyjętego paradygmatu naukowego i można je interpretować na wiele sposobów. Obecnie wiele odniesień do pojęcia samoświadomości można znaleźć w neuropsychologii, która definiuje je jako „zdawanie sobie sprawy z własnej świadomości” (Pisula i in., 2016). W przeszłości podkreślano różnice między świadomością ukierunkowaną na zewnątrz i samoświadomością – zorientowaną do wewnątrz. Obecnie samoświadomość definiuje się najczęściej jako zdolność do przyjęcia roli przedmiotu własnej uwagi, co pozwala człowiekowi aktywnie identyfikować swoje procesy myślowe oraz przechowywać informacje o sobie, stając się refleksyjnym obserwatorem.

Samoświadomość określa się też jako „świadomość rozszerzoną”, co oznacza zdolność do bycia świadomym różnych sytuacji i zdarzeń, a także do tworzenia indywidualnej perspektywy. Efektem funkcjonowania samoświadomości, rozumianej jako proces, jest wytwarzanie treści w postaci samowiedzy, która zawiera informacje o własnych przeżyciach, emocjach i procesach poznawczych.

W literaturze teoretycznej i klinicznej brakuje jednak jednolitej zgody odnośnie do rozróżnienia między samoświadomością a samowiedzą. Na najwyższym poziomie samoświadomość oznacza umiejętność dostrzegania i uświadamiania sobie posiadanych symbolicznych reprezentacji dotyczących siebie. Dodatkowo pojęcie nieświadomości obejmuje różne zjawiska, takie jak zachowania pierwotne (odruchy), nawyki (automatyzmy) oraz wiedzę nieuświadomioną (proceduralną), która jest kluczowa dla aktywacji procesów świadomych, takich jak pamięć, myślenie, rozumowanie i język.

Zaspokojenie różnych potrzeb jest cechą wspólną wszystkich ludzi, niezależnie od etapu życia, wieku czy płci. Jest to istotne dla jakości aktualnego funkcjonowania, jak również dla właściwego rozwoju, tempa, kierunku oraz skutecznej integracji osobowości. Takie potrzeby określa się jako uniwersalne lub powszechne. Tematyka potrzeb człowieka najczęściej odwołuje się do teorii potrzeb Abrahama Masłowa, który wyróżnił „wielką piątkę” potrzeb: fizjologiczne, bezpieczeństwa, miłości, szacunku i rozwoju, usystematyzowanych hierarchicznie w stałej sekwencji. Jest to teoria najszerzej spopularyzowana, pojawiająca się zarówno w pracach naukowych, jak i w powszechnej świadomości.

Inną klasyczną teorią, dobrze poznaną i wspartą licznymi badaniami, jest teoria samodeterminacji autorstwa Richarda Ryana i Edwarda Deciego, która

zyskuje na znaczeniu od początku XXI wieku. Osią tej teorii jest zaspokojenie potrzeb, które traktowane jest jako czynnik pośredniczący między oddziaływaniami otoczenia a jakością funkcjonowania jednostki, kształtowaną w dużej mierze przez dotychczasowy proces rozwoju. Ryan i Deci wskazują na trzy podstawowe, uniwersalne potrzeby psychiczne: więzi (relacji), autonomii i kompetencji (Ryan, Deci, 2000). Zaspokojenie tych potrzeb jest kluczowe dla rozwinięcia motywacji wewnętrznej, co prowadzi do pozytywnego rozwoju jednostki.

Na każdym etapie życia niewłaściwe zaspokojenie lub deprivacja tych potrzeb prowadzi do amotywacji, czyli braku chęci do działania. W miarę jak potrzeby są zaspokajane, jednostki doświadczają przejścia od amotywacji do motywacji wewnętrznej. Dzięki spełnieniu tych podstawowych potrzeb, ludzie zaczynają podejmować działania, które są zgodne z ich wartościami i celami, co z kolei sprzyja poczuciu spełnienia i satysfakcji. Teoria samodeterminacji przyczynia się do zrozumienia, jak fundamentalne dla rozwoju osobowości jest zaspokajanie potrzeb. W obszarze rozwoju integralności osobowości oraz zdrowia psychicznego, zaspokojenie potrzeb psychologicznych wpływa na osiągnięcia jednostki oraz jej relacje z otoczeniem.

Z perspektywy tej teorii potrzeby uniwersalne nie mogą być zaspokojone w izolacji. Potrzebne są interakcje wspólnotowe oraz zapotrzebowanie społeczne skierowane do danej jednostki. Niezależnie od rodzaju teorii dotyczącej potrzeb i możliwości ich zaspokojenia w procesie rozwoju, wyraźnie widoczny jest związek między poziomem zaspokojenia potrzeb a zdrowym rozwojem osobowości.

Ujęcie socjoterapeutyczne

Socjoterapia jest pojęciem obejmującym różnorodne formy terapii i kładącym nacisk na czynniki społeczne oraz środowiskowe, zamiast na intrapsychiczne. Termin ten ma swoje źródło w naukach społecznych, takich jak pedagogika, socjologia oraz psychologia, a także w prawie i pracy socjalnej. W socjoterapii kluczową rolę odgrywają cele terapeutyczne, które są zróżnicowane i dotyczą aspektów profilaktycznych oraz rozwojowych. W Polsce termin ten często funkcjonuje w kontekście edukacji, podczas gdy w Wielkiej Brytanii jest bardziej związany z terapią w środowisku szpitalnym. Inne podejście do socjoterapii podkreśla, że odbywa się ona w grupach społecznych, mających na celu zapewnienie uczestnikom nowych

doświadczeń interpersonalnych, co może przyczynić się do poprawy ich funkcjonowania.

Socjoterapia jest traktowana jako celowe działanie, mające na celu stworzenie dzieciom sytuacji, w których mogą zdobywać nowe umiejętności społeczne. J. Siuta definiuje socjoterapię jako „terapeutyczne podejście, które wykorzystuje wpływ grupy społecznej oraz pozytywne interakcje międzyludzkie. Kluczowym elementem tego podejścia jest stworzenie atmosfery sprzyjającej relaksowi i wolnej od konfliktów. Socjoterapia zawiera również elementy charakterystyczne dla terapii grupowej” (Siuta, 2005). Wspólnym motywem wielu definicji socjoterapii jest podkreślenie roli grup w dostarczaniu nowych doświadczeń. Odpowiednio funkcjonująca społeczność terapeutyczna oraz interakcje wewnątrz niej mogą wspierać jednostki w korekcie urazowych przekonań, które powstały w wyniku trudnych przeżyć w rodzinie lub w szkole.

Jak forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej, socjoterapia adresowana jest głównie do dzieci oraz młodzieży borykających się z trudnościami psychospołecznymi lub które znajdują się w grupie ryzyka rozwoju zaburzeń zachowania. To właśnie obserwowalne dla otoczenia zachowanie staje się wyznacznikiem zakwalifikowania osoby – dziecka, nastolatka czy dorosłego – do wsparcia. Oddziaływania pomocowe dotyczą zarówno osób zdrowych, jak i potencjalnie przejawiających zaburzenia, co wymaga odwoływania się z jednej strony do modeli zdrowia, z drugiej zaś do modeli zaburzeń, które będą adekwatne do opisu i wyjaśniania funkcjonowania młodych ludzi. W procesie socjoterapeutycznym definiuje się trzy główne grupy celów: profilaktyczne, rozwojowe, terapeutyczne. Cele profilaktyczne koncentrują się przede wszystkim wokół zmniejszania prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń w funkcjonowaniu somatycznym, psychologicznym i społecznym poprzez przeciwdziałanie czynnikom ryzyka i wzmacnianie zasobów pełniących funkcje ochronne (Sęk, 2005). Profilaktykę prowadzi się najczęściej w sposób ukierunkowany na zagrożenia płynące z podejmowania zachowań ryzykownych, umożliwienie treningu korzystnych zachowań społecznych oraz przekazywanie wiedzy psychologicznej, która może być użyteczna do rozumienia zachodzących w młodych osobach zmian związanych z dojrzewaniem. W ramach oddziaływań socjoterapeutycznych podejmowane są również obszary dotyczące zmian dezadaptacyjnych wzorców zachowania oraz funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego.

Charakterystyka procesu grupowego, na którą składają się:

- faza początkowa pracy z grupą socjoterapeutyczną,
- faza eksploracji różnic w grupie,

- faza konstruktywnej pracy grupy,
- faza zakończenia

w sposób naturalny dopasowana jest do możliwości zbudowania świadomości potrzeb. Wymagałoby to jednak świadomego ukierunkowania podczas procesu socjoterapeutycznego.

Najczęściej trafiają do niego dzieci (lub dorośli) nie dlatego, że otoczenie dostrzega ich problemy, lecz dlatego, że prezentują zachowania trudne dla otoczenia, wywołujące bezsilność u opiekunów. Celem procesu socjoterapeutycznego jest wyeliminowanie ryzykownego, trudnego czy zagrażającego sposobu funkcjonowania za pomocą odpowiedniego oddziaływania terapeutycznego. Tymczasem Bo Eleven określił, że przyczyną zachowań trudnych są zazwyczaj zbyt wysokie wymagania bądź oczekiwania, których dana osoba nie potrafi spełnić. Tworząc tę teorię Eleven kierował się doświadczeniem neuropsychologa Rossa Greena, który w trakcie swojej pracy napisał: „ludzie będą postępowali właściwie, jeśli tylko będą potrafili się tak zachowywać” (Elven, 2018).

Do czynników mogących wywoływać trudne zachowania Eleven zaliczył oczekiwania:

- kontroli poznawczej,
- łatwości porozumiewania się z ludźmi,
- całościowego oglądu sytuacji,
- cierpliwości,
- przystosowania się,
- empatii,
- ustępliwości,
- nadwyżki emocjonalnej.

Rodzice, opiekunowie, specjaliści i terapeuci zazwyczaj w podejściu do dziecka dokonują założenia, że rozumie ono konsekwencje swoich działań, ma możliwość swobodnej wypowiedzi, wystarczającą cierpliwość, o ile się postara lub przystosuje się do zastanej niekomfortowej sytuacji, a także będzie potrafiło przewidzieć intencje drugiej osoby. Brak możliwości zaspokojenia oczekiwań społecznych, wynikający z etapu lub ograniczeń rozwojowych, depryduje możliwość zaspokojenia potrzeb dziecka, co prezentowane jest przez nie w postaci określonego zachowania. Ten model postępowania jest ściśle skorelowany z naszym wzorcem kulturowym. Podążając za opracowaniem Hofstede, Polska jest krajem, w którym silnie osadzona jest zgoda na hierarchiczność społeczną, władzę i nierówność społeczną. W naszej kulturze naturalnym jest, że młodsi powinni być podporządkowani i posłuszni

starszym. Niezwykle wysoko, jako społeczeństwo, wypadamy w obszarze unikania niepewności. Wiąże się to z założeniem, że niepewność jest stałym zagrożeniem, z którym trzeba walczyć. Kultury unikające niepewności są podejrzliwe w stosunku do tego, co obce i nieznane, a bezpieczeństwo przeważa nad rozwojem. Utrzymujemy zatem znane rozwiązania, również w wychowaniu, próbując unikać niepewności. Doświadczamy presji czasu i orientacji na osiąganie wyników (orientacja krótkoterminowa) oraz dorastamy w kraju, gdzie funkcjonuje przekonanie, że czerpanie radości powinno być nadzorowane i ściśle regulowane (odpowiadanie na potrzeby) (Hofstede, 2007).

Według raportu pt. MŁODE GŁOWY przeprowadzonego przez Fundację Unaweza – 81,9% uczniów nie znajduje rozwiązań w kłopotliwej sytuacji, a 44,1% spodziewa się w niej niepowodzenia. „Jak wynika z przeprowadzonego badania, duża część dzieci i młodzieży biorących udział w badaniu cechuje poczucie sprawczości poniżej średniej. Deklarują oni, iż w kłopotliwej sytuacji nie znajdują rozwiązań: „tracą głowę” (67,4%), nie wiedzą co robić (53,8%) lub spodziewają się niepowodzenia (44,1%). Dane zawarte na wykresie wskazują, że jedynie 18,3% badanych uczniów przyznało, że w kłopotliwych dla siebie sytuacjach znajduje jakieś pozytywne rozwiązania. Co czwarty uczeń przyznał również, że w sytuacjach kłopotliwych może polegać na sobie samym (24,9%). Wyniki badania pt. MŁODE GŁOWY ujawniają dramatyczny poziom samooceny dzieci i młodzieży w Polsce. 65,9% uczniów biorących udział w badaniu chciałoby mieć więcej szacunku do samego siebie, 58,4% czasami czuje się bezużyteczna, 46% to osoby o skrajnie niskiej globalnej samoocenie, 31,6% uczniów nie lubi siebie, a 26,4% uważa siebie za osobę mniej wartościową od innych” (MŁODE GŁOWY, 2023).

Zarówno kultura unikania niepewności, jak i wstyd przed byciem postrzeganym jako osoba o małej sprawczości sprawiają, że według raportu młodzi ludzie w sytuacjach dla nich trudnych przede wszystkim podejmują samodzielne próby poradzenia sobie. Dopiero gdy te zawodzą, w pierwszej kolejności – jeśli to możliwe – udają się po pomoc do rodziców, ewentualnie rówieśników. Rzadko korzystają ze wsparcia szkolnych psychologów i nauczycieli, co wynika z braku zaufania do nich. Te informacje są niezwykle ważne w kontekście polskiego związku socjoterapii z edukacją.

Rażąco niską świadomość w hierarchii potrzeb udokumentowano badaniem przeprowadzonym w Polsce przez PFRON wśród osób z niepełnosprawnością w 2017 roku. Zgodnie z wynikami badania, w odniesieniu do piramidy Masłowa:

- świadomość podstawowych potrzeb ma 47,6% osób z niepełnosprawnością, najniższy wynik uzyskała grupa osób z dysfunkcją wzroku – 37,9%,
- świadomość potrzeby bezpieczeństwa zadeklarowało 16,8% osób badanych, najniższy wynik 13,5% ponownie w grupie osób z dysfunkcją wzroku,
- świadomość potrzeby przynależności w grupie badanych osób z niepełnosprawnością zadeklarowało 18,6%, wśród osób z dysfunkcją ruchu wynik był najniższy – 13,2%,
- świadomość potrzeb związanych z pracą i nauką w całej grupie zadeklarowało 14,2% osób, a jedynie 7,5% osób z niepełnosprawnością intelektualną,
- świadomość potrzeb samorealizacji zadeklarowało ogółem 2,8% osób z niepełnosprawnością.

Analizując wyniki badania, potrzeby zestawiono z piramidą potrzeb Maslowa, by uzyskać bardziej kompleksowy i dogłębny wgląd w ich hierarchię. Badacze zwracają uwagę na fakt, że nie wszystkie potrzeby osób z niepełnosprawnościami można jednoznacznie przyporządkować do określonych poziomów piramidy. Wynika to głównie z trudności, jakie te osoby napotykają w zaspokajaniu swoich potrzeb, co powoduje, że często koncentrują się one na potrzebach bazowych, znajdujących się u podstawy piramidy. Ponadto różnice w rodzajach niepełnosprawności oznaczają, że to, co dla jednej osoby jest potrzebą podstawową (np. sprzęt komputerowy), dla innej może być uznawane za potrzebę wyższego rzędu. W związku z tym postanowiono, że czwarty poziom piramidy zostanie określony jako potrzeby związane z pracą i nauką zamiast potrzeb uznania.

Na podstawie zsumowanej ważności potrzeb, sklasyfikowano je w pięciu kategoriach. Wyniki pokazują, że dla większości osób z niepełnosprawnościami, potrzeby ograniczają się w dużej mierze do kwestii podstawowych (wskaźnik wynosi 47,6), co jest szczególnie istotne dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz z niepełnosprawnością intelektualną. Jeśli chodzi o potrzeby bezpieczeństwa, osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności nie wykazują dużych różnic, choć te potrzeby są nieco bardziej istotne dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz z ograniczeniami ruchowymi.

Potrzeba przynależności okazuje się najważniejsza dla osób niesłyszących, choć także osoby z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością intelektualną wskazują na jej wysoką wartość. Osoby z dysfunkcjami wzrokowymi i ruchowymi najczęściej koncentrują się na potrzebach związanych z czwartym poziomem hierarchii, obejmującym pracę i naukę. Potrzeby samorealizacji były rzadko wskazywane przez wszystkie grupy osób z niepełnosprawnościami.

Wśród osób kierowanych do socjoterapii znajdują się osoby zagrożone wykluczeniem społecznym z tytułu niepełnosprawności, specjalnych potrzeb edukacyjnych, ubóstwa, kryzysu rodziny lub kryzysu zdrowia psychicznego. Nie mamy analogicznej grupy badawczej, by zestawić ją z powyższymi wynikami badań, jednak doświadczenie praktyczne pozwala wnioskować, że świadomość potrzeb wśród osób zagrożonych wykluczeniem może w niewielkim stopniu różnić się od przedstawionej. Świadomość potrzeb w grupach dzieci z trudnościami w zachowaniu najczęściej sprowadza się do wiedzy o tym, czego otoczenie oczekuje od zachowania osoby. Dziecko czy nastolatek zazwyczaj nie potrafi zidentyfikować potrzeby, która wywołała emocje i zachowanie. Ma zazwyczaj świadomość braku akceptacji zachowania, jego niezgodności z normami, co generuje jeszcze większe trudności z poczuciem własnej wartości i nasila uczucie wstydu i często bywa manifestowane za pomocą zachowań agresywnych, autoagresywnych czy opozycyjno-buntowniczych.

Wśród najczęściej uruchamianych czynników pomocowych w procesie socjoterapeutycznym znajdują się:

1. Przestrzeganie zasad i norm obowiązujących w grupie.
2. Przekazywanie wartości – w kierunku społecznie akceptowanego systemu.
3. Towarzyszenie w przeżywaniu kryzysów rozwojowych.
4. Identyfikacja z prowadzącym grupę – celem uczenia ról społecznych.
5. Korektywne doświadczenie rodziny pierwotnej.
6. Naśladowanie poprzez uruchomienie zjawiska modelowania.
7. Zaszczepianie nadziei na pozytywne zmiany w życiu.
8. Poczucie podobieństwa uczestników grupy.
9. Przekazywanie wiedzy i informacji psychoedukacyjnych.
10. Kształtowanie postawy altruizmu.
11. Rozwój umiejętności społecznych.
12. Uczenie się interpersonalne i odbiór informacji zwrotnych.
13. Spójność grupy poprzez budowanie poczucia przynależności.
14. Odreagowanie uczuć w sposób inicjowany przez terapeutę.
15. Nadawanie znaczenia egzystencjalnego.
16. Humor – jako jeden z najbardziej dojrzałych mechanizmów obronnych (Jankowiak, Soroko, 2013).

W tym miejscu warto zadać sobie pytanie, czy proces socjoterapeutyczny prowadzony za pomocą powyższych czynników pomocowych jest zrozumiały dla jej uczestników, szczególnie gdy z powodów rozwojowych lub środowiskowych mają oni utrudnioną możliwość identyfikowania własnych potrzeb. Już w pierwszym punkcie warto się zastanowić, czy osoba, która zgadza się

na przestrzeganie zasad w grupie będzie rozumiała, w jaki sposób korelują one z jej indywidualnymi cechami. Jeżeli panuje zasada o nieprzerywaniu wypowiedzi – jak wpłynie ona na osobę z ADHD lub np. z impulsywnością wywołaną doświadczeniem traumy, jeśli nie została w tej osobie wcześniej zbudowana samoświadomość w obszarze potrzeby, z której wynika to zachowanie. Z tego względu dobrze by było, gdyby faza początkowa pracy z grupą socjoterapeutyczną opierała się na budowaniu świadomości potrzeb jej uczestników w różnych obszarach. Można tego dokonać nawet z użyciem najprostszych rozwiązań – „kwiatka”, w którym osoby zapisują wspólne potrzeby grupy oraz takie, które identyfikują pojedyncze osoby. Ta faza może charakteryzować się tworzeniem dynamicznego kontraktu, który będzie uwzględniał różne strategie realizacji najważniejszych zasad w grupie i budowaniem wzajemnego zrozumienia względem sytuacji, w których nie zostały one przestrzegane. Faza eksploracji różnic stanowi doskonały moment na budowanie umiejętności odpowiadania na potrzeby i definiowanie strategii wyróżniających poszczególne osoby. Dzięki wymianie informacji, budowaniu wzajemnego zachowania i doświadczenia tego, że każda osoba ma prawo do wyrażenia swoich potrzeb umożliwia się rozszerzenie katalogu zdrowych i bezpiecznych zachowań. Na etapie konstruktywnej pracy w grupie możliwe jest wdrażanie umiejętności zwiększających sprawczość uczestników w obszarze identyfikacji i zaspokajania potrzeb. Rozwijanie znajomości siebie i możliwość bezpiecznego odpowiadania na potrzeby będzie korzystnie wpływała na zmniejszenie uczucia wstydu. W naszej kulturze odpowiadanie na potrzeby często kojarzone jest z egoizmem i jest negatywnie oceniane przez otoczenie. Możliwość przeżywania sytuacji, w których jest się uczestnikiem lub obserwatorem odpowiadania na potrzeby i współdzielenia powstającego w efekcie dobrostanu ma uzdrawiającą moc samoakceptacji. Podczas fazy zakończenia uczestnicy przygotowują się do samodzielnego budowania własnych list, zasobników, skrzynek – dowolnej formy zbioru uświadomionych, własnych potrzeb oraz sposobów odpowiadania na nie. Poprzez stosowanie technik wdzięczności lub uważności uczestnicy mają możliwość monitorowania zmian, jakie wnoszą w ich życie świadomość i sprawczość.

Doświadczenie wewnętrznej spójności – gdzie wybór pomiędzy odpowiadaniem na swoje potrzeby a dostosowaniem do zasad społecznych jest świadomym wyborem – wspiera rozwój zdrowej osobowości i promuje poczucie sensu i celu w życiu, a także umożliwia skuteczniejsze realizowanie powiązanych zamierzeń. W formie mierzalnej może to przejawiać się jako większa satysfakcja z życia, zgodnie z koncepcją subiektywnego dobrostanu (Diener,

1984). Osoby bardziej spójne wewnętrznie mogą z większą klarownością komunikować swoje preferencje i wartości oraz wspierać innych w tym zakresie. Mogą angażować się także w działania społeczne, które w większym stopniu odzwierciedlają ich wartości. Z tego względu samoświadomość i relacja z innymi mogą się wzajemnie uzupełniać. Badania nad uważnością sugerują, że świadomość i akceptacja wiążą się z wyższym dobrostanem (Lindsay, Creswell, 2017; McNall, Tombari i Brown, 2019). W odniesieniu do samoświadomości, Schlegel i współpracownicy wykazują, że odkrywanie i wyrażanie swojej tożsamości jest kluczowe dla zdrowia psychicznego (Schlegel, Hicks, Arndt i King, 2009). Wyniki ich badań naukowych pokazują, że poczucie znajomości samego siebie koreluje z samorealizacją, witalnością, poczuciem własnej wartości, aktywnym radzeniem sobie, zaspokojeniem potrzeb oraz pozytywnym afektem i subiektywnym dobrostanem (Schlegel, Vess, Arndt, 2012). Autorzy sugerują również, że zrozumienie własnej tożsamości pozwala na interpretację działań zgodnych z własnym „ja” jako wartościowych (Schlegel, Hicks, 2011) oraz zapewnia poczucie spójności (Hicks, 2013).

Przeprowadzone badania dostarczają również dowodów na znaczenie zgodności między celami wewnętrznymi a zewnętrznymi zachowaniami dla osiągania dobrostanu (Schultheiss, Brunstein, 1999; Schultheiss, Jones, Davis, Kley, 2008; Sheldon, 2004, 2014). Na przykład osoby, które wybierają cele oparte na wewnętrznych zainteresowaniach, częściej je osiągają (Sheldon, Elliot, 1999; Sheldon, Houser-Marko, 2001) i odczuwają większe szczęście. Badania pokazują również, że zgodność celu z osobistymi wartościami prowadzi do większego zaangażowania w długoterminowe działania i satysfakcji z ich realizacji.

Podsumowanie

Podsumowując, istniejąca literatura sugeruje, że komponenty samoświadomości wspierają dobrostan. Jest to zgodne z ideą, że doświadczanie spójności ze swoimi wartościami i celami nie wiąże się z ryzykiem nadmiernego przyjmowania postaw obronnych. Mechanizmy te wskazują, że przypominanie sobie o cenionych aspektach własnej tożsamości może zmniejszać poczucie wstydu i przyjmowania obronnej postawy.

Zatem kluczową rolę procesu socjoterapeutycznego powinno być budowanie świadomości potrzeb jednostki. W szczególności w kontekście Polski; rozwijanie samoświadomości może pomóc w lepszym rozumieniu emocji i zachowań w kraju, gdzie silnie zakorzeniona jest hierarchia społeczna oraz

normy związane z władzą i posłuszeństwem. Uczestnicy, korzystając z potencjału grupy, mogą uczyć się poprzez różnorodność doświadczeń i wzajemne inspirowanie się, co prowadzi do efektywnego zaspokajania swoich potrzeb. Budowanie świadomości potrzeb nie tylko umożliwia lepsze przestrzeganie zasad grupy, ale także pozwala na bardziej świadome i celowe działania. To krok w procesie socjoterapii, który powinien być priorytetem przed wprowadzeniem nauczania norm i wartości. Zrozumienie, jaka potrzeba leży u podstawy określonego zachowania, zgodnie z myślą Rosenberga umożliwia uczestnikom bardziej świadome uczestnictwo w życiu społecznym. Zintegrowanie tych założeń z modelami socjoterapeutycznymi uwzględniającymi szeroki kontekst społeczny i kulturowy może znacząco poprawić jakość życia uczestników. Umożliwi to nie tylko lepsze zrozumienie siebie i swoich emocji, ale także umocni w umiejętności korzystania z dostępnych zasobów grupy, co jest kluczowe dla zdrowego życia emocjonalnego i społecznego, prowadząc w efekcie do świadomej zmiany zachowania.

LITERATURA I MATERIAŁY INTERNETOWE

- Brown, B. (2010). *Dary niedoskonałości*, tłum. K. Puławski. Poznań: Media Rodzina.
- Czykwin, E. (2013). *Wstyd*. Kraków: Wydawnictwo Impuls.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3). Pobrano z: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542> [dostęp: 28.11.2024].
- Elven, B.H. (2018). *Nie gryzę, nie biję, nie krzyczę*, tłum. R. Pucek. Warszawa: Biała Plama.
- Hicks, J.A. (2013). Examining the true self as a wellspring of meaning. W: J.A. Hicks, C. Routledge (red.), *The experience of meaning in life* (s. 177–188). Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Hofstede, G., Hofstede, G.J., (2007). *Kultury i organizacje*, tłum. M. Durska. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Jakś, J., Ławicka, J., Oszczęda, A. (2023), *Spektrum autyzmu i Stosowana Analiza Potrzeb*. Wrocław: Prodeste.
- 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*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Kanar, M., *Samoświadomość w ujęciu kognitywnym a spektrum autyzmu*. *Journal of Young Researchers*, 5/2018. Pobrano z: <https://doi.org/10.26881/prog.2019.5.06> [dostęp: 28.11.2024].
- Kurtz, E. (1988). *Wstyd i poczucie winy*, tłum. M. Waksmundzka, A. Dodziuk. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Lindsay, E.K., Creswell, J.D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and acceptance theory (MAT). *Clinical Psychology Review*, 51. Pobrano z: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.011> [dostęp: 28.11.2024].

- MacInnes, D.L. (2006). Self-esteem and self-acceptance: An examination into their relationship and their effect on psychological health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5). Pobrano z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00959.x>.
- Osiatyński, W. (2013). *Drogowskazy*. Warszawa: Iskry.
- Raport końcowy z badania potrzeb osób niepełnosprawnych, PFRON, 2017. Pobrano z: <https://www.pfron.org.pl/instytucje/badania-i-analizy-naukowe/raport-koncowy-z-badania-potrzeb-osob-niepelnosprawnych/> [dostęp: 28.11.2024].
- Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, L., Borkowska, A.R. (red.). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Potter-Efron, R., Potter-Efron, P. (1999). *Letting go of shame*. Zittau, Hazelden Information & Educational Services.
- Schlegel, R., Hicks, J. (2011). The true self and psychological health: Emerging evidence and future directions. *Social and Personality Psychology Compass*, 12(5). Pobrano z: <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00401.x> [dostęp: 28.11.2024].
- Schlegel, R.J., Hicks, J.A., King, L.A., Arndt, J. (2011). Feeling like you know who you are: Perceived true self-knowledge and meaning in life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(6). Pobrano z: <https://doi.org/10.1177/0146167211400424>. [dostęp: 28.11.2024].
- Schultheiss, O.C., Brunstein, J.C. (1999). Goal imagery: Bridging the gap between implicit motives and explicit goals. *Journal of Personality*, 67(1), 1–38. Pobrano z: <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00046> [dostęp 28.11.2024].
- Sheldon, K.M., Elliot, A.J. (1998). Not all personal goals are personal: Comparing autonomous and controlled reasons for goals as predictors of effort and attainment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(5), 546–557. Pobrano z: <https://doi.org/10.1177/0146167298245010> [dostęp 28.11.2024].
- Sheldon, K.M., Houser-Marko, L. (2001). Self-concordance, goal-attainment, and the pursuit of happiness: Can there be an upward spiral? *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 152–165. Pobrano z: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.1.152> [dostęp 28.11.2024].
- Siuta, J. (2005). *Słownik psychologii*, Kraków: Wydawnictwo Zielona Sowa.
- Bradshaw, J. (1997). *Toksyczny wstyd*. Warszawa: Wydawnictwo Akuracik.
- Dodziuk, A., (1999). *Wstyd*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. Pobrano z: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>.
- Sęk, H. (2008) (red.). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Flis, J., Dębski M. (2023). Raport z badania dotyczącego zdrowia psychicznego, poczucia własnej wartości i sprawczości wśród młodych ludzi. Pobrano z: https://mlodeglowy.pl/wp-content/uploads/2023/04/MLODE-GLOWY.-Otwarcie-o-zdrowiu-psychicznym_-Raport-final.pdf.
- McNall, L.A., Tombari, J.M., Brown, M.M. (2019). Exploring How Mindfulness Links to Work Outcomes: Positive Affectivity and Work-Life Enrichment. *Applied Research in Quality of Life*, doi:10.1007/s11482-019-09762-9. Pobrano z: <https://sci-hub.se/10.1007/s11482-019-09762-9>.

RECENZJE

ZENON GAJDZICA

ORCID: 0000-0002-6329-411X

Uniwersytet Śląski w Katowicach

**RECENZJA KSIĄŻKI AUTORSTWA BARBARY
JANKOWIAK, ADRIANNY BRZEZIŃSKIEJ,
EMILII SOROKO PT. *FUNKCJONOWANIE
ŚWIETLIC SOCJOTERAPEUTYCZNYCH
ORAZ BRANDING OFEROWANYCH USŁUG*,
WYDANEJ PRZEZ WYDAWNICTWO
NAUKOWE UAM W POZNANIU**

Problematyka książki *Funkcjonowanie świetlic socjoterapeutycznych oraz branding oferowanych usług* wpisuje się w szerszy kontekst kilku istotnych nurtów. Pierwszym z nich, a zarazem kluczowym, jest zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – zagadnienie ostatnio słusznie eksponowane w dyskursie naukowym i obecne w wielu opracowaniach przeglądowych i empirycznych. Niemniej jednak ze względu na istotę problemu, wymagające ciągłego oglądu naukowego i poszukiwania konkretnych rozwiązań praktycznych. Praca dobrze wpisuje się w ten nurt, zwłaszcza w wymiarze praktycznym. Jest on widoczny w kolejnym szerokim kontekście, jakim jest tematyka terapii, w tym oddziaływań socjoterapeutycznych osadzonych w środowiskach lokalnych. Kolejnym istotnym zakresem jest funkcjonowanie podmiotów ukierunkowanych na szeroko pojęte wsparcie, w tym także terapię dzieci i młodzieży w środowiskach lokalnych, uwzględniające także obszar współpracy z rodziną. Warto dodać, że mimo stosunkowo długiej i bogatej tradycji środowiskowych działań socjoterapeutycznych, rodzima literatura nie obfituje w liczne doniesienia naukowe eksplorujące ten obszar działań. Podjęta w monografii tematyka stanowi zatem niewątpliwą jej walor. Kolejnym jest umiejętne łączenie teorii z praktyką widoczne w trafnych i dojrzałych analizach naukowych skorelowanych i osadzonych w codziennych praktykach terapeutycznych

uwzględniających liczne uwarunkowania. Mocną stroną treści jest ich interdyscyplinarność. Analiza złożonego i wielowątkowego problemu nie byłaby możliwa w aspekcie jednej dyscypliny naukowej, dobrze więc, że Badaczki szeroko korzystają z opracowań pedagogicznych, socjologicznych i psychologicznych oraz, w nieco węższym zakresie, z prac osadzonych w naukach prawnych oraz medycznych. Dodatkowym walorem jest umiejętne korzystanie z treści raportów ukazujących problemy i rozwiązania praktyczne.

Pozytywnie oceniam również sam projekt badawczy, o którym napiszę nieco szerzej w dalszej części recenzji. W tym miejscu wspomnę jedynie, że proces badawczy został osadzony w paradygmacie interpretatywnym, a jego ogólnym celem jest uzyskanie obrazu realnej sytuacji funkcjonowania świetlic socjoterapeutycznych (diagnoza społeczna), a następnie wypracowanie rekomendacji dla ich funkcjonowania (oddziaływanie) – co wpisuje się zarówno w cel teoretyczno-poznawczy, jak i praktyczno-wdrożeniowy.

Na strukturę książki składa się trzynaście rozdziałów, a całość została zawarta na 197 stronach standardowego maszynopisu. Koncepcja badań została zaprezentowana w pierwszym rozdziale, co trafnie wpisuje się w przyjętą strategię badawczą.

Zatem już na wstępie pozytywnie postrzegam zamysł koncepcyjny pracy zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym.

Książkę otwiera rozdział wprowadzający. W jego pierwszej części znajdujemy ogólne, kontekstowe nawiązanie do problematyki zdrowia psychicznego oraz funkcjonowania świetlic terapeutycznych. Druga część to prezentacja projektu badawczego. Rozpoczyna ją deklaracja osadzenia badań w paradygmacie interpretatywnym oraz w nurcie konstruktywistycznym.

W kolejnych akapitach znajdujemy charakterystykę celów. O głównym (dwuwymiarowym) już wspomniałem, w tym miejscu dodam, że jest on interesujący poznawczo i wartościowy dla praktyki. Chodzi przede wszystkim (pozostając w nurcie konstruktywistycznym) o poznanie konstruktów placówek, interpretację ich funkcjonowania (uwzględniając liczne uwarunkowania) oraz zrozumienie ich sytuacji, a także wskazanie rekomendacji służących ich rozwojowi (w tym także obszaru związanego z ich społecznym postrzeganiem i budowaniem ich jakości). Cel główny został trafnie uszczegółowiony i rozwinięty o zakres związany z codziennością placówek w czasie pandemii.

W dalszej części Autorki zaprezentowały trzy problemy badawcze zawarte w pytaniach o charakterze opisowym, które trafnie korespondują z celami. Problemy zostały dobrze uzasadnione i ugruntowane w teorii.

W procesie gromadzenia danych Autorki wykorzystały trafnie dobraną strategię – a w jej obrębie *desk research* oraz częściowo ustrukturalizowane wywiady. Do analizy danych skorzystały z koncepcji analizy szablonów (*template analysis*). Techniki gromadzenia danych (wraz z ich źródłami) oraz kroki analizy zebranych materiałów zostały dokładnie scharakteryzowane z rzetelnymi odniesieniami do źródeł. Koncepcję badawczą dopełnia ogólny opis badanych placówek.

Zdecydowanie pozytywnie oceniam projekt badawczy. Jego konstrukcja świadczy o bardzo dobrej orientacji Auterek w jakościowej strategii badań społecznych. Widoczny jest związek celów, problemów i dobranych technik gromadzenia materiału oraz jego analizowania. Także pod względem poznawczym projekt zasługuje na uznanie. Nie może więc dziwić, że przy jego pomocy Badaczki zebrały interesujące zbiory danych zaprezentowane w dalszej części pracy.

Kolejne trzy rozdziały (drugi, trzeci i czwarty) stanowią zarys teoretycznego tła problematyki podjętej w projekcie. Zasadnie Autorki rozpoczynają od analizy zdrowia psychicznego, po czym skupiają się na charakterystyce realizacji socjoterapii dzieci i młodzieży w placówkach wsparcia dziennego. Dopełnieniem tego zarysu są treści rozdziału czwartego zogniskowane wokół dostępności pomocy z zakresu zdrowia psychicznego w Polsce, rozpatrywanej w kontekście brandingu usług zdrowotnych. Dodać należy, że wykorzystanie brandingu jako (w pewnym sensie) kategorii przewodniej w swoisty sposób profiluje zakres postrzegania działalności omawianych świetlic, co nadaje pracy oryginalny wymiar.

Zdecydowanie pozytywnie oceniam przegląd wskazanych zagadnień – zostały one trafnie dobrane w aspekcie problematyki badawczej, tworzą koherentne tło projektu badawczego, a zarazem stanowią wartościowy punkt odniesienia w interpretowaniu zebranych danych.

W rozdziale szóstym znajdujemy przegląd świetlic socjoterapeutycznych w Gdańsku, Katowicach i Poznaniu. Zebrane dane zostały zaprezentowane w zestawieniach tabelarycznych i skrótowo, aczkolwiek wystarczająco, omówione z trafnym nawiązaniem do brandingu, co ukazuje konsekwentne użytkowanie tej kategorii jako porządkującej myślenie o usługach świetlic. Dodać należy, że przytoczone dane (także w wymiarze porównywania sieci świetlic w poszczególnych miastach) dostarczają interesującej wiedzy i pokazują różnice w uogólnionym ich oglądzie.

Cele funkcjonowania świetlic terapeutycznych znalazły się w centrum zainteresowania Auterek w rozdziale szóstym, a pracownicy i pracowniczki –

w rozdziale siódmym. Także i w tych rozdziałach znajdujemy kompetentne wprowadzenia do omawianej problematyki (z trafnymi odesłaniami do literatury źródłowej) oraz dane przejrzysto zestawione w tabelach. Analogiczny schemat cechuje rozdział ósmy obejmujący analizę danych dotyczących uczestników świetlic. Kolejny rozdział – znacznie bardziej obszerny – zawiera opis realizacji socjoterapii w świetlicach socjoterapeutycznych. W rozdziale tym Badaczki dostarczają szczegółowej i uporządkowanej wiedzy dotyczącej tematyki zajęć. Kolejne interesujące informacje dotyczą innych zajęć prowadzonych w świetlicach. Dane te pokazują w pewnym sensie obudowę zajęć terapeutycznych i stanowią ważne dopełnienie działalności analizowanych instytucji. Dopełnieniem analizowanych treści są działania podejmowane na rzecz społeczności lokalnej dokładnie scharakteryzowane w rozdziale jedenastym. Treści zamykające prezentację i omawianie danych dotyczących działalności świetlic w okresie pandemii ukazują złożoność trudnej sytuacji, która została sprokrowana pandemią.

Uogólniając – część ta zawiera zbiór zajmujących danych, kompetentnie omówionych i w wielu miejscach osadzonych w teorii naukowej. Doceniam ogrom pracy wykonanej przez Autorki w celu zebrania i uporządkowania danych, ale na szczególną uwagę zasługuje ich prezentacja tworząca logiczny i przejrzysty wywód naukowy.

Dyskusja na temat wyników, wnioski i rekomendacje stanowią treść rozdziału trzynastego – to meritum całego opracowania. Struktura tego rozdziału jest pochodną konstrukcji tematyki badawczej. Obejmuje zatem trzy obszary: funkcjonowania specjalistycznych placówek wsparcia dziennego (ze szczególnym uwzględnieniem realizacji socjoterapii w tych placówkach), brandingu usług świetlic socjoterapeutycznych na stronach internetowych i w serwisach społecznościowych, funkcjonowania świetlic socjoterapeutycznych podczas pandemii COVID-19. W każdym obszarze znajdujemy uogólnienie wyników, ich interpretację z odesłaniami do źródeł naukowych oraz liczne rekomendacje dla praktyki. To rzetelnie przygotowany rozdział. Zdecydowanie pozytywnie oceniam jego strukturę i wkład merytoryczny. Rozbudowane i uzasadnione, nie tylko wynikami badań, ale także odniesieniami do literatury, rekomendacje stanowią realizację wspomnianego we wstępie recenzji celu praktyczno-wdrożeniowego, a jednocześnie to trafne zakończenie całej pracy.

Całość tomu zamyka bogata bibliografia zawierająca w sumie ponad 270 pozycji.

Jednoznacznie pozytywnie oceniam całe opracowanie. Doceniam koncepcję badawczą lokującą zainteresowania Badaczek w obszarze interesującym poznawczo, a przede wszystkim polu ważnym dla praktyk terapeutycznych. Dodatnio oceniam prezentację wyników badań oraz ich omówienie. Dopelnieniem korzystnej oceny jest przejrzystość wywodu. Na szczególną uwagę zasługuje próba skonkretyzowania działań na rzecz optymalizacji funkcjonowania świetlic socjoterapeutycznych oraz budowania ich wizerunku w środowisku lokalnym. Pozytywnie oceniam pracę pod względem językowym i przygotowania edytorskiego.

SPRAWOZDANIA

KATARZYNA CHAŁUPA
Polskie Stowarzyszenie Socjoterapeutów

SPRAWOZDANIE Z III SYMPOZJUM POLSKIEGO STOWARZYSZENIA SOCJOTERAPEUTÓW *WSPÓŁCZESNE WYZWANIA PRACY Z MŁODZIEŻĄ*

W dniu 29 czerwca 2024 roku odbyło się III Sympozjum *Współczesne wyzwania pracy z młodzieżą*, którego celem była analiza wybranych, aktualnych problemów nastolatków, które mogą ujawniać się podczas pracy psychoterapeutycznej i socjoterapeutycznej i wymagać zastosowania specjalistycznych interwencji pomocowych (Jankowiak, Soroko, 2020; Jankowiak, Soroko, 2021; Jankowiak, Soroko, 2022; Soroko, Jankowiak, 2020; Wilk, 2023). Organizatorem wydarzenia było Polskie Stowarzyszenie Socjoterapeutów. Podczas sympozjum, które miało formę online, wygłoszono trzy wystąpienia.

Pierwszą prelekcję *Pacjent młodzieżowy z dysforią płciową – rodzaje zgłoszeń i formy pomocy* przedstawiła Aleksandra Chodecka z Psychologiczno-Seksuologicznego Ośrodka Rozwoju i Terapii. Wystąpienie zawierało analizę wyników badań oraz opis i prezentację doświadczeń klinicznych w zakresie rozumienia trudności zgłaszanych przez pacjentów młodzieżowych z dysforią płciową. Prelegentka omówiła także możliwości zastosowania odpowiednich form pomocy.

Aleksandra Chodecka podkreśliła, występowanie dużego zróżnicowania w obrębie omawianych problemów, zarówno pod względem ścieżek ujawniania odczuć transpłciowych, jak i ewentualnego współwystępowania symptomów psychopatologii (Kaltiala-Heino i in., 2015; Expósito-Campos, 2021; Cohn, 2023). Dobór odpowiednich form pomocy psychologiczno-seksuologicznej powinien być więc wysoce zindywidualizowany. Medyczne interwencje na rzecz uzgodnienia cech płciowych, pomimo występujących kontrowersji, są objęte szczegółowymi zaleceniami i protokołami postępowania, natomiast wskazania dotyczące pomocy psychologicznej

są ograniczone do ogólnych sformułowań (Coleman i in., 2022; American Psychiatric Association, 2013; APA, 2021). Mimo, że wskazania w obszarze pomocy psychologicznej mogą być stosowane przez specjalistów z różnych paradygmatów psychoterapeutycznych, to jednocześnie ich ogólny charakter nastręcza wielu dylematów specjalistom świadczącym usługi w tym obszarze. Z jednej strony należy pamiętać o tym, że osoba transpłciowa, oprócz specyfiki swoich doświadczeń przechodzi przez uniwersalne dla rozwoju każdej jednostki dylematy dotyczące kształtowania osobowości i, co za tym idzie, zachodzi konieczność eksploracji jej przeżyć w takich obszarach jak tożsamość, relacje interpersonalne czy seksualność. Z drugiej strony unikatowość przeżyć osób transpłciowych powoduje potrzebę uwzględnienia zjawisk psychologicznych będących konsekwencją przeżywania stresu mniejszościowego. Dodatkowo stosunkowo niska częstotliwość występowania takich stanów oraz niewiedza dotycząca ich genezy (Mueller, De Cuypere, G. T'Sjoen, 2017) może u specjalistów wywoływać niepewność, zakłócać pozycję neutralności i dążenie do poznania pacjenta. Głównie w przeszłości, ale także współcześnie, doświadczenia osób transpłciowych opisywane były w kategoriach zaburzeń psychicznych (Dora, Grabski, Dobroczyński, 2021; Dora, 2022). Jednakże z uwagi na zmiany w definiowaniu trudności obejmujących obszar tożsamości płciowej zawarte we współczesnych klasyfikacjach medycznych ICD-11 i DSM-5 (Mijas, Koziara, 2020), istotna jest refleksja nad zastosowaniem poszczególnych metod pomocy psychologicznej odnośnie do tej grupy osób.

Drugie wystąpienie przedstawiła Magdalena Przysiańska z Poznańskiego Centrum Psychodynamicznego: *Współczesne wyzwania w opiece nad pacjentami nastoletnimi z dysforią i niezgodnością płciową*. Omawiane w nim treści dotyczyły różnych perspektyw rozumienia zjawiska identyfikacji płciowej, zmian w klasyfikacjach medycznych oraz nowej terminologii. Wykład w oparciu o badania naukowe, jak i osobiste doświadczenia Prelegentki z pracy diagnostycznej na Oddziale Dziennym Diagnostycznym dla dzieci i młodzieży z dysforią płciową, koncentrował się na charakterystyce pacjentów zgłaszających się po pomoc psychologiczną i/lub psychoterapeutyczną oraz na wybranych wyzwaniach przed jakimi stawiają specjalistów nastoletni pacjenci doświadczający dysforii czy niezgodności płciowej. Prelegentka poruszyła też kwestię dotyczącą przeciwpłciowca, którego analiza jest istotna w pracy terapeutów i socjoterapeutów psychodynamicznych. Wyzwanie, jakiego doświadczają osoby świadczące pomoc psychologiczną polega na

umiejętności prowadzenia dialogu, w którym pojawia się ciekawość wobec znaczenia, oraz funkcji doświadczeń osób zgłaszających się po pomoc, choć eksploracja doświadczenia cielesności i seksualności, a także postawa świadomej podejrzliwości może nie sprzyjać produktywnemu dialogowi (Lemma, 2018). Lemma pisze wprost: naszą główną trudnością przeciwprzeniesieniem jest chęć czy nawet napór na to, byśmy od razu wiedzieli i wiedzieli na pewno, albo byśmy coś zrobili i zdecydowali za pacjenta, wszystko według posiadanego przez nas jasnego oglądu. Kłopot czy wyzwanie, przed którym stoimy, to fakt, by zachować neutralność w kontekście tego naporu. Pomoc pacjentowi ma wynikać ze zrozumienia opartego na dialogu, prowadzącym w stronę odpowiedzi na pytanie: w jaki sposób jest on transpłciowy?

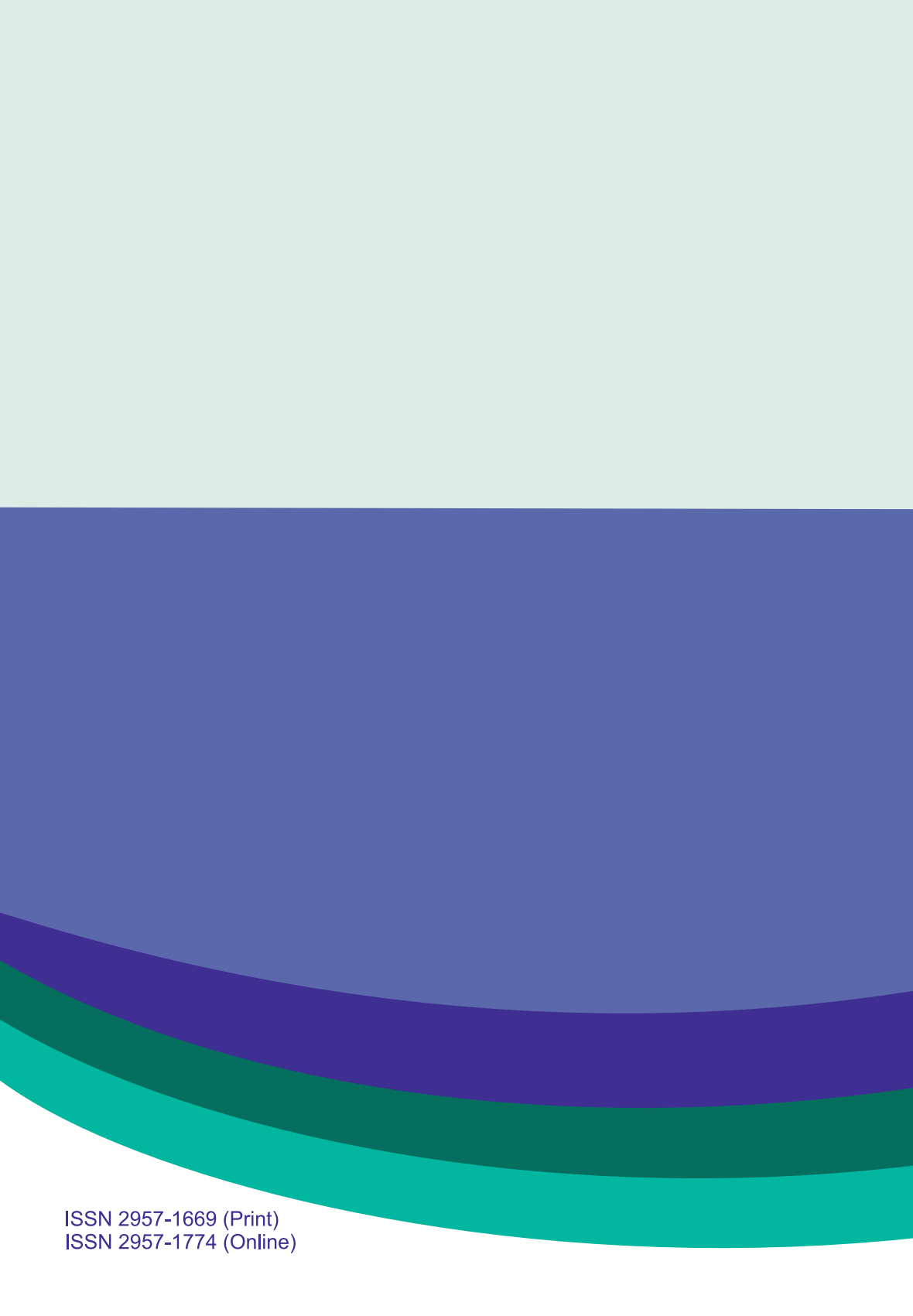
W trzecim wystąpieniu *Do czego nastolatkom świat cyfrowy?* Karolina Głogowska wraz z Ewą Wojtynkiewicz z Wydziału Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy zaprosiły słuchaczy do refleksji nad związkami nastolatków ze światem wirtualnym, przyjmując za tło teoretyczne perspektywę psychodynamiczną (Wojtynkiewicz, 2023; Wojtynkiewicz, 2023; Wojtynkiewicz, 2018; Wojtynkiewicz, Głogowska, 2023). Obserwując z jednej strony wzrost ilości czasu spędzanego przez nastolatków online, a jednocześnie niepokojące wskaźniki problematycznego używania internetu przez młodzież, refleksja Auterek dotyczyła próby szukania granicy między normatywnym i rozwojowym a problemowym korzystaniem ze świata cyfrowego. W trakcie wystąpienia obie prelegentki starały się zaakcentować przekonanie, że świat cyfrowy i różnorodne aktywności realizowane w nim mogą być dla osób pracujących z nastolatkami przestrzenią dla odkrywania wielu rozmaitych znaczeń, które wnoszą dane aktywności i sposób ich realizacji. Odwołując się do mechanizmów projekcji, traktowania aktywności w sieci jako marzenia sennego, fenomenu obiektu przejściowego, problematyki rozszczepienia i fragmentaryzacji tożsamości, jak również do potrzeby doświadczeń bliźniaczych i tęsknoty za self-obiektem, ukazały różne możliwości interpretacji korzystania przez nastolatków z mediów społecznościowych, tworzenia własnych awatarów, grania w gry, etc. Autorki podkreślały, że przestrzeń wirtualna pełna jest różnorodnych znaczeń, a zadaniem osób pracujących z młodzieżą jest ich odkrywanie i opracowywanie wraz z nastolatkiem.

O dużym zainteresowaniu problematyką poruszaną podczas zaprezentowanych wystąpień świadczyły pytania, które szczelnie wypełniły czas przeznaczony na panel dyskusyjny.

LITERATURA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- APA (2021). *APA guidelines for psychological practice with sexual minority persons*. Pobrano z: <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/polish.pdf>.
- Coleman, E., Radix, A.E., Bouman, W.P., Brown, G.R., De Vries, A.L., Deutsch, M.B., Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259.
- Dora, M. (2022). Niezgodność płciowa w najnowszej klasyfikacji chorób ICD-11. *Przegląd Psychologiczny*, 65(2), 35–40.
- Dora, M., Grabski, B., Dobroczyński, B. (2021). Dysforia płciowa, niezgodność płciowa i nonkonformizm płciowy w adolescencji: zmiany i wyzwania diagnostyczne. *Psychiatria Polska*, 55(1).
- Jankowiak, B.A., Soroko, E. (2020). Wyzwania w pracy socjoterapeutycznej z dziećmi i młodzieżą. *Perspektywa prowadzących grupy. Resocjalizacja Polska*, 299–318. Pobrano z: <https://doi.org/10.22432/pjsr.2020.20.19>.
- Jankowiak, B.A., Soroko, E. (2022). Uwzględnianie perspektywy psychopatologii rozwojowej w profilaktyce zaburzeń i promocji zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. *Resocjalizacja Polska*, 43–59.
- Jankowiak, B.A., Soroko, E. (2021). *Socjoterapia młodzieży. Studium psychologiczno-pedagogiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jankowiak, B., Soroko, E., Pietrzak, S., Wilk, M. (2024). Unveiling sociotherapists' coping resources: exploring professional experiences through thematic analysis. *Humanit Soc Sci Commun* 11, 1391. Pobrano z: <https://doi.org/10.1057/s41599-024-03907-4>.
- Lemma, A. (2018) Trans-itory identities: some psychoanalytic reflections on transgender identities, *The International Journal of Psychoanalysis*, 99, 5 1089–1106.
- Mijas, M., Koziara, K. (2020). Klasyfikacja i ewolucja rozumienia zjawiska transpłciowości w seksuologii oraz współczesnych systemach diagnostycznych. W: B. Grabski, M. Mijas, M. Dora, G. Iniewicz (red.), *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków*, (s. 1–40). Warszawa: PZWL.
- Mueller, S.C., De Cuypere, G., T'Sjoen, G. (2017). Transgender research in the 21st century: a selective critical review from a neurocognitive perspective. *American Journal of Psychiatry*, 174(12), 1155–1162.
- Soroko, E., Jankowiak, B.A. (2020). Shaping Social and Psychological Competencies or Intervening in a Crisis? Sociotherapists' Experiences of Helping Adolescents in Poland. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42, 349–365. Pobrano z: <https://doi.org/10.1007/s10447-020-09405-x>.
- Wilk, M. (2023). Cztery oblicza socjoterapii. *Biuletyn Socjoterapeutyczny*, 1, 43–56.
- Wojtynkiewicz, E. (2023 A). Organizacja osobowości, doświadczenia urazowe z dzieciństwa a używanie alkoholu w grupie nieklinicznej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 23(4), 237–244.

- Wojtynkiewicz, E. (2023 B). Substancje psychoaktywne – próba samoleczenia bólu psychicznego. W: B. Ziółkowska, M. Miotk-Mrozowska, J. Ocalewski (red.), *Wyzwania wychowania w świetle problemów dzieci i młodzieży* (s. 179–195). Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Wojtynkiewicz, E. (2018). Uzależnienie od alkoholu w świetle teorii psychodynamicznych. Cz. 2. Przegląd teorii współczesnych. *Psychoterapia*, 1(184), 41–50.
- Wojtynkiewicz, E., Głogowska, K. (2023). Problematyczne korzystanie z internetu, sieci mediów społecznościowych, telefonów komórkowych i gier komputerowych – przegląd polskich narzędzi do przesiewowej oceny zjawisk. W: M.A. Basińska, I. Grzankowska (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologicznej diagnozy klinicznej*. T. 2. (s. 181–204). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.



ISSN 2957-1669 (Print)
ISSN 2957-1774 (Online)