

Anna Matyja

GRUPA JAKO ŚRODOWISKO LECZNICZE. OD ZACHOWAŃ POMOCOWYCH DO SOCJOTERAPII

THE GROUP AS A HEALING ENVIRONMENT

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa

**sociotherapy
psychotherapy
team forms of help**

Autorka, pokazując w swojej pracy genezę powstania socjoterapii, przybliżyła te aspekty funkcji grupy, które szczególnie stanowią o jej wartościach jako środowisku leczniczym. Prześledzenie rozwoju grupowych form pomocy, w tym socjoterapii, dostarcza wielu argumentów dla dostrzegania leczniczych funkcji grupy wobec określonego rodzaju dysfunkcji u osób podejmujących psychoterapeutyczną formę pracy „przez grupę i w grupie”.

Summary. The article describes the key stages, which contributed to the rise of knowledge about small groups giving way to therapeutic groups. They resulted from the alleged and represented healing functions in the group. It is then followed with a general description attempting to show how sociotherapy formulated itself in the context of specific historical, social and psychological changes throughout the ages. In its essence, sociotherapy comes from professional forms of work “in and through the group”, which were based on therapy supportive in the treatment of psychiatrically disturbed patients. Beginning from intuitive and naive premises, across slow stages of their rationalization, coming to a fully mature affirmation of the healing character of groups is proven. The shape of today’s character of meeting groups was shown to be influenced not only by knowledge and reason, but also the magical, and the theatrical rituals.

Korzenie terapii grupowej i socjoterapii — rys historyczno-społeczno-psychologiczny

Socjoterapia pojawiła się w ofercie działań psycho- i socjoprofilaktycznych — w Polsce pod szyldem specjalistycznej procedury terapeutycznej — w latach 80. i 90. XX wieku. Stosowanie tej metody pomocy psychologicznej w Polsce zaczęło się od Ośrodka Rozwoju Umiejętności Wychowawczych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Specjalistycznej Poradni Profilaktyczno-Terapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży ze Środowisk Zagrożonych Alkoholem OPTA. Szeroko zakrojone działania profilaktyczno-korekcyjne w środowisku dzieci i młodzieży przyczyniły się do rozszerzenia pierwotnego medycznego kontekstu tej metody o wariant pedagogiczny. Wzrost zainteresowania tą formą pomocy wynika z intensyfikacji w ostatnim dziesięcioleciu działań profilaktycznych [1] i działań związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych w rodzinach. Według

Słownika psychologii socjoterapia to termin zbiorczy na określenie każdej formy terapii, w której nacisk kładzie się w większym stopniu na czynniki społeczno-środowiskowe i interpersonalne niż na intrapsychiczne. Zalicza się do niej różne formy terapii grupowej [2]. W latach czterdziestych XX wieku zaczęto stosować na szeroką skalę terapię grupową, jednak początków terapeutycznych funkcji działania grup spotkaniowych należy szukać zdecydowanie wcześniej.

Skuteczność oddziaływania grupy na jednostkę była już wykorzystywana w praktykach paramedycznych przez uzdrowicieli, w trakcie stosowania zabiegów magicznych, animistycznych, demonologicznych, naturalistycznych i mechanicznych. Rytuály i obrzędy, traktowane jak procedury medyczne, stosowane były w obecności większej liczby osób, zazwyczaj grupy rodzinnej, plemiennej i terytorialnej. Obecność współplemieńców w istotny sposób wpływała na proces zdrowienia, głównie za sprawą oczekiwań i towarzyszących im emocji, a przede wszystkim nadziei i zaufania do kompetencji szamana kapłana i medyka w jednej osobie. Zabiegi magiczne — postrzegane jako medyczne — mieściły w sobie bogaty ładunek sugestii, która oddziaływała na emocje plemiennych pacjentów. Metody sugestywne wykorzystywały fenomen szerzenia się w grupie napięcia afektywnego [3], tj. zakażenia emocjonalnego, które korzystnie wpływało na samopoczucie chorego, jego stany psychofizjologiczne i funkcjonowanie społeczne. Działania te były podejmowane najczęściej intuicyjnie, bez wyobrażanego skutku. Ich przykładem mogą być praktyki stosowane wśród Irokezów w XVII wieku. Zabiegi opierały się na teorii snów, ceremoniach żałobnych i obrzędach leczniczych, które służyły leczeniu chorób psychicznych i fizycznych. W trakcie ceremonii święta Towarzystwa Twarzy członkowie plemienia, noszący na twarzach maski, mogli zachowywać się spontanicznie, mimo że zachowania te na co dzień nie były akceptowane w kodeksie moralnym Irokezów. Praktyki te można postrzegać jako wyraz niezaspokojonych potrzeb zależności, chęci powrotu do stanu embrionalnego jako symbolu bezpieczeństwa i ochrony. Ponadto działania Irokezów miały charakter profilaktyczny i katarsko-ekspresyjny, w ten sposób ludność mogła rozwiązywać część napięć i konfliktów interpersonalnych wewnątrz plemienia.

W historii medycyny, na wszystkich etapach jej rozwoju, można mówić o działaniu efektu placebo, biofeedbacku i sugestywnych uzdrowieniach. W literaturze fachowej nie ma zgodności co do początków grupowych oddziaływań terapeutycznych; są one czasami umownie wymieniane w XVIII wieku przy nazwisku Franza Antona Mesmera, twórcy koncepcji etiopatogenetycznej i terapeutycznej. Najistotniejszą rolę w powstawaniu patologii przypisywano „...zwierzęcemu magnetyzmowi, a wyleczenie miało następować po uregulowaniu cyrkulacji tej życiodajnej siły zarówno w samym organizmie chorego, jak i pomiędzy nim a jego najbliższym otoczeniem, które musiało uczestniczyć w praktykach medycznych” [4, s. 76]. W koncepcji F. Mesmera magnetyzer wykorzystywał siłę, którą uwalniał poprzez przesuwanie dłoni wzdłuż ciała pacjenta. W ten sposób miał dokonywać się proces leczniczy — oznaką jego pomyślnego przebiegu był napad konwulsyjny pacjenta. „Proces terapeutyczny” miał miejsce w grupie, w której podczas seansów występowały zjawiska hipnotyczne i autohipnotyczne. Ludwik XVI powołał komisję do zweryfikowania cudownych uzdrowień, które przyciągały rzesze mieszkańców Wiednia i Paryża. Ustalono, że magnetyzm nie istnieje, a powrót do zdrowia pacjentów wynikał z siły wyobraźni i sugestii, a przede wszystkim zmiany nastawienia wobec chorego, jego najbliższych i społeczności.

To były pierwsze opinie o znaczeniu i doniosłej roli środowiska społecznego w procesie leczenia i rekonwalescencji pacjenta. Ustalenia niepomyślne dla hipnozy, wynikające z braku naukowych dowodów na jej istnienie, „zawiesiły” magiczne praktyki do czasu pierwszej wojny światowej. Ożywienie praktyk hipnotyzerskich po zakończeniu wojny wynikało z konieczności leczenia dużej liczby żołnierzy z objawami nerwicy wojennej. Główną przesłanką była obawa przed nadmiernymi kosztami związanymi z długotrwałym procesem leczenia znacznej liczby mężczyzn, którym traumatyczne przeżycia wojenne nie pozwalały na powrót do codziennych ról społecznych ojców i mężów.

W XVIII wieku, w następstwie rewolucji francuskiej i wojny o niepodległość Stanów Zjednoczonych, nastąpiła zmiana sposobu postrzegania i definiowania pojęć typu: wolność, równość, braterstwo, co przyczyniło się do poszukiwania humanitarnych sposobów leczenia obłąkanych. Dotychczas osoby chore były poddawane chłości, poniżane, oblewane zimną wodą, głodzone, krępowane i ujarzmiane strachem. W 1793 r. Philippe Pinel, matematyk, przekonał rewolucjonistów, by powierzyli mu zarządzanie dawnymi azylami — w ten sposób udało mu się uwolnić obłąkanych od niehumanitarnych praktyk pseudomedycznych. Następnie przez trzydzieści lat wraz ze swoim uczniem, Jean-Étienne Dominique Esquirole, Philippe Pinel badał metody doskonalące proces leczenia. Swoją system nazwał „leczeniem moralnym”. Jego pacjenci nie dostawali środków przeczyszczających, ani nie robiono im upustów krwi — zastąpiono je rozmowami, wykładami: chorzy grali w krykieta, szyli i czytali. Leczenie to „polegało na zorganizowanym życiu grupy, w którym ciągłość pracy, zabawy i aktywności społecznej dostarczała nowych doświadczeń życiowych i optymalnych warunków korzystania z nich” [5]. System terapii społecznej Pinela, Tuke’a i Conolly’ego charakteryzowało miłosierdzie, entuzjazm i wiara w skuteczność swojej metody. Działania te były formą pracy również z ludźmi, którzy nie wykazują zaburzeń psychicznych. Stosowanie tej metody z upływem czasu malało, a około 1900 roku została ona całkowicie zapomniana. Trzeba zaznaczyć, że w trakcie stosowania metody i po jej zakończeniu nadal funkcjonowało wiele opiekuńczych azylów, które stosowały metody brutalnego oddziaływania na chorych psychicznie, mimo że pojawiało się wiele głosów zakazujących te praktyki, na przykład wydana w 1845 roku ustawa o azylach, wprowadzająca system niekrępowania chorych. Metody humanitarne były częściej stosowane w Anglii i we Francji, natomiast w Ameryce, gdzie gwałtownie przybywało imigrantów i wzrastała liczba azylów, powróciły stare niehumanitarne metody leczenia chorych psychicznie.

W latach 20. i 30. XX wieku na rozwój kierunków psychodynamicznych główny wpływ miał postęp w socjologii, antropologii i psychologii społecznej. Szkołą, która powstała najwcześniej, była szkoła J.L. Moreno, który w 1913 roku rozpoczął próby z przedstawieniami inscenizacyjnymi. Był prekursorem kreatywnego rozwiązywania problemów we wspólnocie i za pośrednictwem dramatu. Uważał, że traumy, jakie ludzie przeżywają najczęściej w dzieciństwie, powodują bezsilność i bezradność. W ten sposób zostaje zahamowana spontaniczność reagowania, która według niego była warunkiem zdrowia psychicznego. Brak spontaniczności powoduje pojawienie się sztywnych struktur i nieadekwatnych zachowań, które autor pomysłu nazywał rolą patologiczną [6]. Gwałtowny rozwój i jednocześnie zwrot w postrzeganiu grup terapeutycznych można zaobserwować tuż po II wojnie światowej, kiedy to artykułowano tezę o decydującej roli środowiska społecz-

nego w rozwoju człowieka, w kształtowaniu się jego świadomości, oraz podkreślano rolę czynników socjalnych, które istotnie wpływają na stan zdrowia człowieka i są nadrzędne wobec czynników biologicznych. To zainteresowanie wynikało między innymi z potrzeby leczenia żołnierzy, których urazy emocjonalne wyniesione z wojny paraliżowały powrót do normalnego życia społecznego. Leczenie farmakologiczne nerwicy nie przynosiło optymalnych efektów, natomiast terapia indywidualna była nadmiernie czasochłonna i droga. Jak się okazało psychoterapia grupowa w populacji pacjentów z zaburzeniami konwersyjnymi była bardziej efektywna niż metody terapii behawioralnej czy psychodynamicznej. Potwierdzenie efektywności psychoterapii grupowej stało się impulsem do podjęcia prób stosowania jej w różnego rodzaju zaburzeniach psychicznych i emocjonalnych, oraz do rozpoczęcia badań nad wyodrębnieniem czynników leczących w grupie.

W tym samym okresie po raz pierwszy zastosowano, opartą na teorii społeczności, nową formę terapii grupowej związaną z paradygmatem psychoanalitycznym. Termin „społeczność lecznicza” pochodzi od Maina, który wprowadził to pojęcie w 1946 roku w opisie pracy wojskowego szpitala Northfield w Birmingham. Tamtejsza grupa psychoanalityków, lecząc zaburzenia nerwicowe byłych żołnierzy, stworzyła nowy wzorzec życia instytucjonalnego. W tym rozumieniu szpital miał tworzyć społeczność, uczestniczącą w codziennym życiu, a głównym celem była resocjalizacja i powrót jednostki do życia w społeczeństwie. Antoni Kępiński przedstawiał społeczność jako zintegrowaną całość, w której personel medyczny i pacjenci stanowią równoprawną wspólnotę [7]. Nie mniej ważnym czynnikiem, który wpłynął na rozwój psychoterapii grupowej, było wprowadzenie powszechnej służby zdrowia. Ten rodzaj służby zdrowia miał zaspokoić potrzeby większej liczby ludzi przy jak najmniejszych nakładach finansowych. Wpłynęło to istotnie na rozwój psychiatrii społecznej, rozpowszechniały się coraz bardziej grupy środowiskowe, samopomocowe czy grupy dla personelu leczniczego Balinta. W 1953 roku w Stanach Zjednoczonych ukazała się monografia J. Franka i F. Powdermerkera [8], którzy opisali doświadczenia grup psychoterapeutycznych, prowadzonych na podstawie zasad koncepcji interpersonalnych. Autorzy monografii obserwowali zaburzenia pacjentów, eksponowane w relacjach interpersonalnych. Proces korekcji tych zachowań miał zachodzić w trakcie uczenia się w grupie, która stwarzała możliwość artykułowania przeżyć i korektywnego doświadczania emocji. To tylko nieliczne przesłanki, które istotnie przyczyniły się do rozkwitu wiedzy o małych grupach, w tym o grupach terapeutycznych, co wynikało z domniemyanych i wyobrażanych funkcji leczniczych, które grupa uwalnia w trakcie procesu grupowego. W przypadku ogromu osób, które potrzebowały pomocy psychologicznej, terapia indywidualna była niewystarczająca, podczas gdy wprowadzenie psychoterapii grupowej stanowiło optymalną formę rozwiązania zapotrzebowania pacjentów i możliwości służby zdrowia.

Czynniki leczące w socjoterapii

Czynniki leczące w socjoterapii wyrastają z czynników leczących w psychoterapii grupowej, do których należą według Yaloma [za: 9]: wzbudzanie nadziei, poczucie podobieństwa, dostarczanie wiedzy i informacji, korektywne doświadczanie rodziny pierwotnej, uczenie się społecznych umiejętności, naśladownictwo, interpersonalne uczenie, spójność

grupy, odreagowanie i czynniki egzystencjalne. W każdej formie terapii, zarówno indywidualnej, jak i grupowej, odgrywają one bardzo istotną rolę. Ich działanie determinuje proces zmian zachodzących w osobie, która jest poddana terapii.

Czynniki leczące w socjoterapii to:

- Korektywne doświadczanie emocjonalne, przeżywanie rozbieżności pomiędzy sytuacją przeniesienia a aktualną relacją. Dziecko w okolicznościach, kiedy zrobi coś złe w obecności dorosłego, którego utożsamia z dorosłym karzącym – rodzicem, nie ponosi kary. Socjoterapeuta nie stosuje kary fizycznej, tylko konstruktywną perswazję. Pojęcie „korektywne doświadczanie emocjonalne” wprowadził Franz Gabriel Aleksander [za: 10], ojciec psychosomatyki.
- Bliski, otwarty, autentyczny kontakt z drugim człowiekiem.
- Modelowanie zachowań przez prowadzących.
- Naśladowanie i utożsamianie się z postawami prowadzących — dlatego ważny jest też ich świat.
- Konstruktywny wpływ grupy na dysfunkcyjne wzory zachowań.
- Katartyczne przeżycia, tj. uwolnienie się od silnych, a z różnych powodów powstrzymanych, uczuć.
- Kształtowanie poprawnych, adekwatnych do sytuacji sądów o sobie i świecie.
- Spójność i atmosfera bezpieczeństwa w grupie.
- Uczenie się umiejętności społecznych w grupie.
- Poczucie podobieństwa do uczestników grupy.
- Obserwacja innych uczestników i dzięki temu uświadamianie sobie możliwości zmiany.
- Wyjaśnianie zjawisk dotychczas niezrozumiałych.
- Wzrost poczucia altruizmu.
- Uczenie się empatii wobec cierpienia innych.
- Korektywne odtwarzanie ról rodzinnych, grupa bowiem jest jak analog — uczestnicy dzięki wytwarzającym się relacjom mogą przezwyciężyć pewne zachowania.
- Wzajemne uczenie się w grupie, dzięki informacjom zwrotnym o własnym zachowaniu.

Wszystkie działania socjoterapeutyczne opierają się na procesie wzajemnego komunikowania się, zarówno te intencjonalnie nastawione na korekcje, jak i te, które przypadkowo wylaniają się w trakcie trwania spotkań. Proces nieustającego wzajemnego komunikowania przyczynia się do aktywizacji wpływu społeczności. Wpływ wywierają konstruktywni dorośli, którzy dzięki odpowiednim modelom zachowania, akceptacji i stwarzanemu poczuciu bezpieczeństwa, ułatwiają uczenie się zachowań społecznie pożądanym i konstruktywnym. Zmiana, która zachodzi w procesie socjoterapii, wynika z uwalniania psychicznych zasobów dzieci. Zasoby zostają nakierowane na dążenie do pozytywnych celów w zgodzie z samym sobą i społeczeństwem. Każdy człowiek ma potrzebę doświadczać siebie w sposób pozytywny, bez względu na to, jakie informacje ma na swój temat od otoczenia. Zaspokojenie tej potrzeby jest źródłem satysfakcji budowania własnej wartości. W strukturze „ja” od dzieciństwa zapisywane są doświadczenia, które wartość tę i pozytywny obraz własnej osoby budują i podtrzymują. W nurcie psychologii humanistycznej, w terapii Carla Rogersa uważa się za najważniejsze dla jej przebiegu czynniki niespecyficzne, które wynikają z relacji opartych na szacunku, zainteresowaniu, empatii, szczerości, zachęcie

i bezwarunkowej akceptacji przez terapeutę. Czynniki te mają wpływać facylitująco na zmiany w samopoczuciu dziecka i dostarczać nowych korektywnych doświadczeń oraz bezpośrednich informacji zwrotnych. Zasadniczy proces terapeutyczny odbywa się przede wszystkim na poziomie szeroko rozumianej komunikacji.

Poziomy komunikacji w socjoterapii

Komunikowanie się zaspokaja wiele potrzeb fizycznych, praktycznych, społecznych i psychologicznych „ego”. Komunikowanie się to przyłączanie się do innych, kontrola nad otoczeniem i wywieranie na nie wpływu, opiekowanie się innymi, kształtowanie własnej tożsamości, to również podejmowanie decyzji i branie za nie odpowiedzialności. Komunikacja interpersonalna jest podstawową formą kontaktu między ludźmi. Jest procesem tworzenia, przekształcania i przekazywania informacji między jednostkami. W małej grupie socjoterapeutycznej kluczem do stawianych celów terapeutycznych są głównie zjawiska zachodzące w strukturze komunikacji. Chodzi o tworzenie się spójności, poczucia bezpieczeństwa, kształtowania się swoistych norm i zasad funkcjonowania. W grupie socjoterapeutycznej członkowie są połączeni ze sobą systemem zależności, który ulega ciągłej zmianie przez wzajemne oddziaływanie na siebie poszczególnych osób. Relacje przebiegają według reguły sprzężenia zwrotnego, dzięki któremu podmioty, oprócz informacji, czerpią również satysfakcję z uzyskanego zainteresowania i wiedzę o tym, jak są odbierane przez innych. Zależność jest rozumiana jako wytwarzanie wzajemnych systemów motywacyjnych, zaspokajanie potrzeb i poddanie się kontroli drugiego człowieka. Reakcje jednej osoby są bodźcem dla kolejnych zachowań. Ludzie nie tylko na siebie reagują, ale przede wszystkim interpretują i tworzą znaczenie informacji. Kształtowanie zachowań jest konsekwencją przypisywanych znaczeń i symboli informacjom, przekazywanym i odbieranym. Struktura komunikacji w grupie to liczba komunikatów otrzymywanych i wysyłanych, ich zawartość jest informacją o określonej pozycji w grupie. System ról przypisanych, który jest wynikiem pozycji, deleguje do przyjmowania określonego repertuaru zachowań.

W grupie jest kilka struktur — takich, jak: komunikacji, władzy, prestiżu i socjometryczna. Zróżnicowanie jest dokonywane na podstawie różnych kryteriów pozycji, relacji, statusu, roli i podgrupy. Każda pozycja w grupie jest zbiorem funkcji wynikających z zależności lub władzy, jak również odpowiedzialności wobec innych. Konsekwencją relacji między pozycjami i rolami są stosunki asymetryczności i symetryczności. Społeczeństwo, przez wytworzone wzory i normy postępowania, wpływa na rozwój i zachowanie poszczególnych członków zbiorowości. Jednym z przejawów tego procesu jest komunikowanie się w grupie i tworzenie wspólnego systemu społecznego, do którego każdy wnosi swoje oczekiwania i intencje. Komunikacja werbalna i niewerbalna jest częścią tego samego systemu przekazywania informacji. Według P. Watzlawika [za: 11] aspekt komunikacji treściowy to werbalnie wyrażane treści myśli. Relacyjny aspekt komunikacji to niewerbalna ilustracja przeżywanych emocji, to sposób, w jaki należy rozumieć aspekt treści w przekazywanych informacjach. W zależności od zachowań niewerbalnych — aspekt relacyjny, towarzyszący wypowiedzi, może być rozumiany różnie, podczas gdy komunikat werbalny — aspekt treści, nie zmienia znaczenia, jest zawsze ten sam. P. Watzlawik wyróżnia również istotę kontekstu sytuacyjnego, który stanowi tło aktu komunikacyjnego.

Wszystkie trzy aspekty w komunikacji pomiędzy podopiecznym i prowadzącym odgrywają równie istotną rolę w procesie rozumienia relacji. Dla socjoterapeuty pierwszy aspekt komunikacji — treściowy, wyrażany *explicite*, to rozumienie bezpośrednio przytaczanych treści, drugi aspekt — relacyjny, wyrażany *implicite*, polega na obserwacji i interpretacji czynników komunikacji niewerbalnej takich, jak: mimika, gest, postawa ciała, dystans między rozmawiającymi, ubiór i ich powierzchowność. Socjoterapeuta czy psychoterapeuta poszukuje zgodności lub rozbieżności między tymi dwoma poziomami komunikacji, ponadto odnosi je do kontekstu, w którym miała ona miejsce, i do jej wpływu na relacje — co je poprzedza, jak minione wydarzenia wpływają na terażniejszość? Jeśli te poziomy do siebie nie przystają, to koncentruje się na aspekcie relacji, ponieważ on nie podlega wolicjonalności i świadczy o autentycznych przeżyciach. Zarówno w psychoterapii, jak i socjoterapii podejście do jednostki czy grupy jest podejściem do systemu. System jest definiowany „jako wszelki skoordynowany wewnętrznie i wykazujący określoną strukturę, układ elementów; układ taki rozpatrywany od zewnątrz jest całością, rozpatrywany od wewnątrz — zbiorem, do którego przynależność warunkuje związki wzajemnej zależności między elementami. Ogół elementów nazywa się układem, ogół związków relacji między elementami — jego strukturą” [11, s. 69].

W przypadku psychoterapii grupowej ma miejsce preferencja pacjenta w grupie, a zatem każdy jej uczestnik na zasadzie wymienności staje się kolejno wyróżnionym podmiotem, podczas gdy grupa stanowi jedynie tło, pełniąc zadania pomocnicze w rozwiązywaniu problemów poszczególnych osób. W socjoterapii mamy do czynienia z grupą jako całością, nie zachodzi tu nawet choćby okresowa preferencja jednego z członków grupy. Istotna odmienność tkwi również w osobie terapeuty — w psychoterapii grupowej odgrywa on rolę centralną, jest ośrodkiem oddziaływania; w socjoterapii rola terapeuty sprowadza się do przygotowania scenariusza, na podstawie którego zachodzą interakcje pomiędzy członkami. W szerokim rozumieniu socjoterapia to spontaniczne procesy, które dokonują się w społeczności terapeutycznej, przy założeniu, że są one korzystne dla zdrowia pacjentów [12]. W socjoterapii źródłem informacji o dziecku jest ono samo, jego rodzice, szkoła i koledzy. Diagnozę stawia się na podstawie jego stosunku do samego siebie, rodziców, rówieśników i zadań. Wszystkie ogniwa w gromadzeniu informacji są równie ważne. Rodzina składa się z poszczególnych elementów systemu rodziny, a jego strukturą jest ogół relacji między wszystkimi członkami [13]. Jednostka również stanowi system, którego elementami są: dziecko — komunikaty z poziomu popędów i pragnień, dorosły — komunikaty z poziomu rozumu, rodzic — komunikaty z poziomu sumienia, czyli system oczekiwań nakazów i zakazów. Strukturą systemu jest ogół relacji zachodzący między tymi trzema elementami. Komunikaty, odbierane w trakcie socjoterapii, mieszczą w sobie komunikaty różnych przedstawicieli systemu oraz oddają kontekst sytuacyjny. Każde spotkanie, zarówno w ramach psychoterapii, jak i socjoterapii, jest inne, różne są poziomy pracy i sposoby ich ujawniania. Wymienione w tabeli poniżej poziomy stanowią pewien schemat, który nie jest każdorazowo uwzględniany w trakcie spotkań terapeutycznych. Czasami relacja terapeutyczna przebiega tylko na jednym poziomie od momentu jej rozpoczęcia do zakończenia, a bywają takie, w których realizuje się wszystkie wymienione bądź tylko część z nich. Proces komunikacji jest determinowany wieloma czynnikami,

zarówno subiektywnymi, jak i obiektywnymi, wpływającymi pośrednio i bezpośrednio na zachowania tu i teraz w trakcie trwania terapii.

Definicje poziomów komunikacji w psychoterapii i socjoterapii

l.p.	POZIOMY	ZACHOWANIA PACJENTA/ DZIECKA	ZACHOWANIA PSYCHOTERAPEUTY	ZACHOWANIA SOCJOTERAPEUTY
1.	DOSŁOWNY	W przypadku osób dorosłych terapeuta uzyskuje informacje wprost o problemie. Dzieci nie mają gotowości do werbalizacji problemów, częściej manifestują deficyty i urazy zachowaniem	Klasyfikacja, współpraca, analiza problemu, zadawanie pytań	Jeśli dziecko wyraża gotowość do mówienia o problemie, terapeuta może uzyskać wprost informacje. Jeśli nie jest ono w stanie mówić o problemie, terapeuta powinien nawiązać z nim kontakt poprzez na przykład wspólną zabawę, głównie działanie, a nie rozmowę
2.	MANIPULACYJNY	Gra oczekowań od systemu. Adresatem jest terapeuta	Stawianie hipotez, analizowanie motywów	Stawianie hipotez, analizowanie motywów
3.	ROZLICZENIOWO-ZEWNĘTRZNY	Komunikaty kierowane do innych ważnych osób z systemu rodzice, dziadkowie, nauczyciele, bliskie osoby	Identyfikacja ważnych dla funkcjonowania subsystemów pacjenta	Identyfikacja ważnych dla funkcjonowania subsystemów pacjenta
4.	ROZLICZENIOWO-WEWNĘTRZNY	Jest to głównie komunikacja pośrednia, są to wewnętrzne relacje pomiędzy ja realnym a idealnym, manifestowane w zachowaniach w postaci norm, wartości, aspiracji i potrzeb	Wydobywanie wewnętrznych konfliktów, najczęściej nieświadomych, które przejawiają się w niekongruencji sygnałów na poziomie komunikatów werbalnych i niewerbalnych	Wydobywanie wewnętrznych konfliktów, najczęściej nieświadomych, które przejawiają się w niekongruencji sygnałów na poziomie komunikatów werbalnych i niewerbalnych
5.	POZIOM MOCY INTEGRACYJNEJ	Źródła lęków o charakterze afektywnym emocjonalnym i motywacyjnym. W postaci skrajnej występuje komunikacja niezborna u osób mających zaburzone ego o autoagresywnym charakterze	Krańcowa identyfikacja problemów, zarówno indywidualnych, jak wspólnych całemu systemowi	Krańcowa identyfikacja problemów, zarówno indywidualnych, jak wspólnych całemu systemowi

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Praszkiej R., Poziomy komunikacji w psychoterapii i socjoterapii, „Przegląd Psychologiczny” nr 1, Warszawa 1983, s. 16.

W psychoterapii i socjoterapii w bezpośrednim dialogu terapeuta poznaje sposób odnoszenia się do problemu samego dziecka czy osoby dorosłej. Poznaje skrypty na temat świata, w którym żyje dziecko, i jego własne definicje o sobie. W dialogu dostaje opis świata wewnętrznego i zewnętrznego z poziomu rozumu; w zabawie i obserwacji działań — komunikat z poziomu uczuć. Informacje z tych dwóch płaszczyzn określania swojego miejsca wśród innych są materiałem do rozpoznania problemów i zaburzeń w relacjach z innymi. Socjoterapia odbywa się w małej grupie, można ją nazwać „wtórną grupą pierwotną”, w której przeważają bezpośrednie stosunki. Członkowie grupy znajdują się w podobnej sytuacji, łączą ich tożsame problemy, które ułatwiają wytworzenie się więzi społecznej, opartej na więzi emocjonalnej. Wymaga to w pierwszej fazie procesu grupowego odgrywania ról pozorowanych, zaprogramowanych przez terapeutę. Uczestnicy odgrywają rolę, która nakłada na nich obowiązek wzajemnego współdziałania. Wzór roli pozorowanej mieści w sobie oczekiwania oraz gotowość niesienia pomocy kolegom w grupie. Wprowadzenie elementów rzeczowych oraz konfliktowych do roli, uczenie pacjentów, że współdziałanie jest uzależnione także od konkretnych celów, sytuacji i interesów grupowych, stanowi uzupełnienie działalności terapeutycznej. Cechy grupy, takie jak jej niewielka liczebność oraz wspólność niezaspokojonych potrzeb sprzyjają socjoterapii. Przystosowanie się, jako cel, jest niewystarczające, a jeśli tak — to należy myśleć o adaptacji do zmieniającej się rzeczywistości. Idealem jest wyrobienie postawy twórczej, obliczonej na przekształcanie środowiska. Rola socjoterapeuty powinna polegać na takim pokierowaniu procesem socjoterapii, by można rozpatrywać go przez analogię z samowychowaniem, rozumianym jako przystosowanie się uczestników do samodzielnego osiągania celów w przyszłości.

Reasumując, należy podkreślić, że rozwój grupowych form pomocy — w tym socjoterapii — pierwotnie wyrastał na podbudowie intuicyjnych przekonań o leczniczych funkcjach grupy. Są różne koncepcje teoretyczne rozumienia dynamiki grupowej takie, jak: koncepcja pola, teorie interakcjonizmu, teorie systemów, orientacje socjometryczne, teorie psychoanalityczne, również orientacje, dla których podstawą są koncepcje psychologii ogólnej, zwłaszcza psychologii poznawczej, oraz orientacje empirycystyczno-statystyczne. Wśród tych nurtów istnieje zgodność co do sensu istnienia dynamiki i następstw jej obecności. Konsekwencją dynamiki grupy jest powstawanie norm, wartości, relacji pomiędzy uczestnikami i reguł komunikacji. Uczestnicy powiązani ze sobą systemem zależności, przez ciągle wzajemne oddziaływanie, wywieranie na siebie wpływu, tworzą nową, w przypadku grup socjo- czy psychoterapeutycznych, zdrowotną jakość funkcjonowania w grupie. Metody pracy grupowej polegają na tworzeniu i umacnianiu więzi społecznych, na włączaniu jednostki w krąg życia społecznego przez aktywne uczestnictwo w małych grupach. Wiąż staje się dla uczestników źródłem pozytywnych doświadczeń i emocji — przeżywanie siebie i innych w odpowiednio zorganizowanych relacjach i procesie grupowym przyczynia się do uwolnienia leczniczych funkcji grupy. Interakcje w grupie wpływają na zmianę sądów poznawczych dotyczących siebie i innych. Zmiana sądów koryguje wcześniejsze doświadczenia, zarówno poznawcze, jak i emocjonalne, co umożliwia zmianę w zachowaniu [14].

Grupa stanowi główny czynnik terapeutyczny dla jednostek niedostosowanych społecznie, które wykazują różnego rodzaju zaburzenia w zachowaniu. Zasady tej pracy można ogólnie sformułować jako wykorzystywanie procesu grupowego — czyli dynamicznej

sekwencji zdarzeń, wspólnego rozwiązywania problemów i nauczania uczestników zdobywania doświadczenia grupowego — do funkcjonowania w różnych sytuacjach życia społecznego. W grupie człowiek zaznacza swoją pozycję, określa miejsce i rolę — początkowo w tej mikrokulturze i warunkach sztucznie konstruowanych, by w konsekwencji odtwarzać je poza terapią. Jeśli role, w które człowiek wchodzi, są nieprawidłowe, ograniczają jego rozwój i nie pozwalają na autentyczne obcowanie z innymi, to tylko w grupie można to pokazać i korygować. Grupa jest głównym i najbardziej cennym źródłem informacji zwrotnych o zachowaniach. Jest bezpiecznym środowiskiem, w którym można dzielić się swoimi przeżyciami i wypróbować nowe umiejętności i zachowania. Terapeuci mogą tak konstruować zajęcia, by uczestnicy pomagali sobie wzajemnie; kiedy uczą się wspierania, sami zaczynają go oczekiwać od innych. Konsekwencją dawania sobie wsparcia jest zacieśnianie relacji, ludzie bardziej siebie wzajemnie cenią, uczą się tolerancji odmiennych postaw, przekonań, zachowań i wykorzystywania nabytych umiejętności nie tylko w grupie, ale również poza nią. Na forum grupy łatwiej modyfikuje się zachowania, ponieważ ujawniają się w niej reakcje emocjonalne, które są ich wskaźnikiem [15]. Człowiek uczy się, kiedy obserwuje interakcje i zachowania innych, kiedy stawia się w ich sytuacji, ponieważ żywe doświadczenie i siła wzajemnego oddziaływania bardziej motywuje do zmiany. W rozwoju człowieka kluczową rolę odgrywają społeczne interakcje; w przypadku zaburzonego rozwoju znajdują one przełożenie na kontakty z najbliższym otoczeniem. Dlatego większą skuteczność i korzyść przynosi praca nastawiona wprost na relacje, niż praca w indywidualnym kontakcie. W grupie panują warunki do nauki i praktycznego zastosowania niezbędnych do życia umiejętności, co daje możliwość wzmacniania poczucia własnej wartości [16]. Praca w grupie daje również większy wachlarz technik, które można wykorzystać w zajęciach z pacjentami.

Analizowana metoda, której podstawą jest praca interakcyjna w działaniu, polega na szeroko rozumianym tworzeniu znaczeń, redefiniowaniu definicji i negocjowaniu utartych schematów. Podstawą myślenia o socjoterapii jest psychologia humanistyczna, zakładająca podmiotowość klienta, kontakt człowieka z wartościami kulturowymi i z drugim człowiekiem, co jest właściwym lekarstwem na odhumanizowane i uprzedmiotowione relacje interpersonalne we współczesnym społeczeństwie. Proces tworzenia, przekształcania i modelowania jest doskonałym algorytmem kształtowania otwartych postaw wobec samego siebie i innych, co jest warunkiem wstępnym w nawiązywaniu satysfakcjonujących relacji interpersonalnych z innymi ludźmi.

Piśmiennictwo

1. Deptuła M, red. Diagnostyka pedagogiczna i profilaktyka w szkole środowisku lokalnym. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej; 2004, s. 106.
2. Szewczyk W. Słownik psychologiczny. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 1979.
3. Levi-Strauss C. Antropologia strukturalna. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2000, s. 152.
4. Wardaszko-Łysakowska H, red. Terapia grupowa w psychiatrii. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1980, s. 64.
5. Clarc D. Teoria społeczna w psychiatrii. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich; 1978, s. 29.

6. Røine E. O tym, jak grać główną rolę w swoim życiu. Opole: Wydawnictwo „Kontakt”; 1994, s. 56.
7. Kępiński A. Rytm życia. Kraków: Wydawnictwo Literackie Kraków; 1973, s. 68.
8. Clarc D. Teoria społeczna w psychiatrii. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich; 1978, s. 76.
9. Grzesiuk L. Psychoterapia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2002, s. 223.
10. Bednarska M. Terapia korektywnym doświadczeniem emocjonalnym. Dialogi 2003; 2/3: 8.
11. Berne E. W co ludzie grają. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004.
12. Latoszek, M. Medycyna społeczna. Gdańsk: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Społecznej; 1979, s. 90.
13. Praszkie R. Poziomy komunikacji w psychoterapii i socjoterapii. Przegł. Psychol. 1983; 1: 125.
14. Simon W, Marchewka D, Sala P. Motywacja a psychoterapia. Psychoter; 2002, s 5.
15. Sawicka K. Socjoterapia — model myślenia o psychokorekcji, cz. II. Remedium 2004; 2: 20.
16. Sawicka K. Trudne zachowania uczestników socjoterapii. Remedium 2006; 1: 29.

Adres: dr n. hum. Anna Matyja
Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
ul. Słowackiego 7, 32-660 Chelmek
Tel: 600 629 612, 033 846 2008, matyjaanna@tlen.pl

Archives of Psychiatry and Psychotherapy

Volume 10 Issue 2 June 2008

Content

- 5 Disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS)
– a case study**
Barbara Błaż-Kapusta
- 13 Social support of chronically mentally ill patients**
Paweł Bronowski, Maria Załuska
- 21 Correlation between parameters of the social network and treatment outcomes of
people suffering from schizophrenia seven years after the first hospitalization**
Andrzej Cechnicki, Anna Wojciechowska
- 31 The social network and the quality of life of people suffering from schizophrenia
seven years after the first hospitalisation**
Andrzej Cechnicki, Anna Wojciechowska, Miqel Valdez
- 39 Gender role conflict and depression in males – the possible role of the athletic ideal**
Liza Lukács, Ferenc Túry
- 49 Whole body cryotherapy as a novel adjuvant therapy for depression and anxiety**
Joanna Rymaszewska, David Ramsey
- 59 The influence of psychodynamic psychotherapy on depressive symptoms
– a follow up study**
Krzysztof Małyszczak, Tomasz Pawłowski, Adrian Sieradzki, Krystian Pyszel,
Przemysław Pacan
- 65 Mood and emotional symptoms in eating disordered patients**
Anna Brytek-Matera
- 73 Family therapy of children and adolescents in the psychiatric unit
– possibilities and limits**
Anna Siewierska, Irena Namysłowska
- 79 Psychopathology of power**
Antoni Kępiński