

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

JAKOŚCIOWA ANALIZA AUTONARRACJI SOCJOTERAPEUTÓW NA TEMAT PROBLEMÓW NASTOLETNICH UCZESTNIKÓW GRUP I PRZEBIEGU SOCJOTERAPII

Streszczenie

Celem przedstawianych badań było przyjrzenie się – z perspektywy opowieści socjoterapeutów – kluczowym problemom, jakie mają uczestnicy i uczestniczki grup, oraz sposobom opowiadania o oddziaływaniach (jako takich, które się powiodły, nie udały, czy może takich, w których niewiele się zmieniło mimo interwencji). Zanalizowano 17 autonarracji socjoterapeutów na temat doświadczeń własnych w pracy socjoterapeutycznej. Najpierw dokonano indukcyjnej analizy treści i kategoryzacji problemów uczestników grup. W drugiej kolejności metodą dedukcyjnej analizy narracji, w której kategorie wcześniej były zdefiniowane, określono przy pomocy sędziów kompetentnych typ autonarracji (progresywna, regresywna lub stabilna). Przeprowadzona analiza pozwoliła na wyróżnienie języka opisu problemów: nozologicznego (objawowego), psychologicznego o mocy wyjaśniającej, atrybucyjnego (cechy relatywnie trwałe) i behawioralnego (koncentracja na zachowaniach). Problemy prezentowane były jako ulokowane w jednostce, rodzinie lub grupie. Opisano trzy trajektorie przebiegu socjoterapii: progresywną, gdy oddziaływania zbliżają do celu; regresywną, gdy oddziaływania oddalają się od celu; stabilną, gdy oddziaływania nie wywołują efektu. Zestawienie obrazu problemów ze sposobem opowiadania o nich pokazuje, że psychologiczny język opisu problemów łączy się ze stosowaniem narracji stabilnej, podczas gdy w przypadku narracji progresywnych i regresywnych jest on niespecyficzny. Te wstępne wnioski odniesione są do diagnozowania w socjoterapii.

Słowa kluczowe: socjoterapia, socjoterapeuci, młodzież, problemy uczestników grup socjoterapeutycznych, proces pomagania

QUALITATIVE ANALYSIS OF SOCIOTHERAPISTS' SELF-NARRATIVES ABOUT THE PROBLEMS OF ADOLESCENT GROUP PARTICIPANTS AND THE PROGRESS OF SOCIOTHERAPY

Abstract

The aim of the research presented here was to examine, from the perspective of sociotherapists' narratives, the primary issues encountered by group participants and how sociotherapists narrate their interactions – whether they succeeded, failed, or resulted in little change despite the intervention. We analyzed self-narratives from seventeen sociotherapists regarding their own experiences in sociotherapeutic work. In the first step, we conducted an inductive content analysis and categorized the problems of the group participants. In the second step, we determined the type of self-narration (progressive, regressive, or stable) with the assistance of qualified assessors using the deductive method of narrative analysis, with predefined categories. The analysis allowed us to identify different ways of describing problems: nozological (symptomatic), psychological one with explanatory power, attributional (relatively stable characteristics), and behavioral (focusing on behavior). These problems were presented as being located within the individual, family, or group. We described three trajectories of sociotherapy: progressive, in which interactions move closer to the goal; regressive, in which interactions move away from the goal; and stable, in which interactions have no effect. Comparing the portrayal of problems with the way problems are narrated revealed that the use of psychological language in describing problems is associated with the use of stable narratives, while it is less specific in the case of progressive and regressive narratives. These initial findings are relevant to the diagnosis in sociotherapy.

Keywords: sociotherapy, sociotherapists, adolescents, problems of sociotherapy group participants, helping process

Wstęp

Socjoterapia jako grupowa forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej ukierunkowana jest na młodzież z grup zwiększonego ryzyka powstania psychopatologii oraz na osoby już przejawiające zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym (Jankowiak i Soroko, 2021). Socjoterapeuci i socjoterapeutki rozpoznają więc problemy, których doświadczają uczestnicy prowadzonych przez nie grup, prowadząc zarówno podczas kwalifikacji, jak i w trakcie trwania pracy socjoterapeutycznej proces diagnozy, do którego efektów dopasowują stosowane interwencje.

Główne problemy osób kwalifikowanych do socjoterapii zgodnie z literaturą to dezadaptacyjne zachowania oraz niektóre zaburzenia emocjonalne (Jagięła, 2007). W odniesieniu do problemów rodzin uczestników grup wymienia się najczęściej uzależnienie rodziców od środków psychoaktywnych (Jankowiak i Soroko, 2021, 2014). Problemy te ujmuje się często w terminach zaburzeń

psychicznych, zaburzeń zachowania czy też zaburzeń rozwoju, posługując się klasyfikacjami psychiatrycznymi, takimi jak np. ICD-10 (por. Marcelli, 2013; Cierpiałkowska, 2007; Cierpiałkowska i Grzegorzewska, 2020). Używanie terminów psychopatologicznych wynikać może z wykształcenia prowadzących grupy (np. psychologia kliniczna, psychiatria, szkolenia podyplomowe z psychologii klinicznej lub psychoterapii) i co za tym idzie – znajomości kategorii diagnostycznych, dostępu do dokumentacji medycznej (gdzie jednostki chorobowe zostały oznaczone przez innych specjalistów) (Jankowiak i Soroko, 2021, 2014).

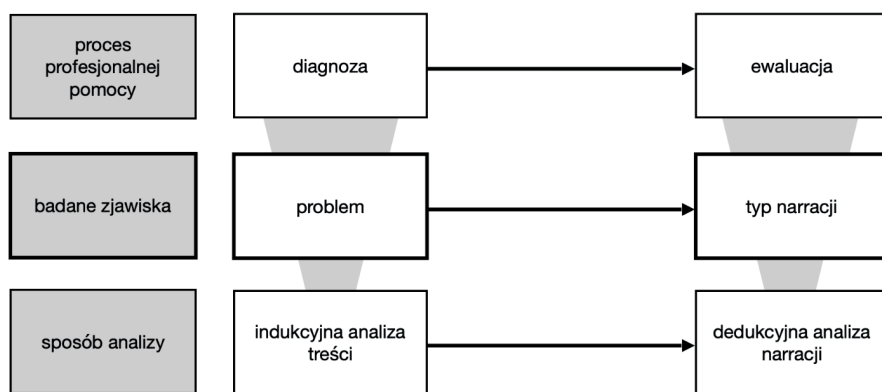
W literaturze przedmiotu problemy doświadczane przez uczestników grup opisywane są także w odniesieniu do dominujących problemów relacyjnych. Popularność diagnozowania ukierunkowanego na identyfikację problemów funkcjonowania w relacjach interpersonalnych wywodzi się z propozycji Strzemiecznego (Strzemieczny, 1988). Autor ten zachęcał do opisu zaburzeń w relacjach interpersonalnych w kategoriach konfliktów między podmiotem a następującymi systemami: ja–dorośli (np. rodzice, nauczyciele), ja–rówieśnicy (np. koledzy), ja–sytuacje zadaniowe (np. zadania w szkolne) oraz ja–ja (np. samoocena, obraz siebie). Akcentując funkcjonowanie uczestnika / uczestniczki wobec ważnych wyzwań i osób, współbrzmi z celami większości programów socjoterapeutycznych, które odnoszą się do kształtowania umiejętności interpersonalnych i adekwatnej, pozytywnej samooceny (Sawicka, 1999). Zaletą takiej konceptualizacji problemów uczestników jest jej naturalność (grupa socjoterapeutyczna dostarcza obserwacyjnych danych na temat funkcjonowania w wielu typach relacji) oraz praktyczność i stosunkowa łatwość zastosowania (gdyż odnosi się ona do codziennego i znajomego sposobu opisywania funkcjonowania).

Diagnozowanie problemów uczestników grup może też wykraczać poza opis zaburzeń oraz zdrowia i odnosić się do wyjaśniania patomechanizmu i genezy zaburzeń (model patogenetyczny) oraz wyjaśniania mechanizmu zdrowia oraz genezy zdrowia (model salutogenetyczny) (Cierpiałkowska i Sęk, 2005). Stanowi więc odpowiedź na pytanie: jakie są przyczyny jej zaburzonego i zdrowego funkcjonowania? (Jankowiak i Soroko, 2021). Taka diagnoza wyjaśniająca, najbardziej przydatna w konceptualizacji przypadku w socjoterapii, opiera się na założeniach teoretycznych, najczęściej paradygmatycznych (psychodynamicznych, poznawczo-behawioralnych, humanistycznych, systemowych) lub integracyjnych (Cierpiałkowska, Sęk i Soroko, 2016). Ustalenia dotyczące mechanizmu i przyczyn stanu aktualnego pozwalają w sposób częściowy (np. tylko w obszarze tzw. diagnozy negatywnej, czyli skoncentrowanej na zaburzeniach) lub całościowy (włączając diagnozę pozytywną, związaną

z czynnikami i mechanizmami zdrowia) zrozumieć osobę diagnozowaną i zbudować pewien model roboczy relacji między trudnościami a ich przyczynami, uwarunkowaniami bliskimi i dalszymi oraz szeroko rozumianym kontekstem. Celem konceptualizacji przypadku jest wybranie najwłaściwszego sposobu postępowania terapeutycznego zaakceptowanego przez uczestnika oraz jego rodziców (opiekunów) (Cierpiąłkowska, Soroko i Grzegorzewska, 2020). Proces ten jednak nie kończy się wyborem metody pomocowej czy celu grupy socjoterapeutycznej, lecz jest kontynuowany podczas oddziaływań socjoterapeutycznych w procesie pracy z grupą (Jankowiak i Soroko, 2021). Tworzenie takiej spójnej diagnozy wyjaśniającej w ramach konceptualizacji przypadku jest jednym z najbardziej wymagających zadań profesjonalnych, związanych z praktycznym wykorzystaniem wiedzy z zakresu psychologii klinicznej, dlatego może, ale nie musi być przez socjoterapeutów / socjoterapeutki wykorzystywane.

Powyższy przegląd nie wyczerpuje tematu spostrzegania, opisywania, a co za tym idzie – rozumienia problemów uczestników / uczestniczek socjoterapii przez pracujących z nimi socjoterapeutów. Co więcej, sądzimy, że wiedza o tym, jaki obraz problemów dzieci i młodzieży wyłania się z opisów codziennych doświadczeń socjoterapeutów / socjoterapeutek, pozwoli lepiej zrozumieć ich działania pomocowe.

Celem niniejszych badań jest przyjrzenie się – z perspektywy opowieści socjoterapeutów – problemom, jakie mają adolescenti, oraz sposobom opowiadania o oddziaływaniach (jako takich, które się powiodły, nie udały, czy może takich, w których niewiele się zmieniło mimo interwencji) (rys. 1).



Rys. 1. Wyodrębnione zjawiska dotyczące procesu profesjonalnej pomocy w socjoterapii i sposób ich badania

Szczegółowe pytania badawcze można uporządkować tak: 1) jakie grupy problemów adolescentów (uczestników) pojawiają się w dostarczanych przez socjoterapeutów opowiadaniach o doświadczeniach z pracy socjoterapeutycznej, 2) w jaki sposób prowadzone są opowieści o socjoterapii pod względem realizacji pożądanego celu, czyli jakie typy autonarracji (progresywne, regresywne, stabilne) można zidentyfikować, 3) czy można powiązać te elementy w znaczące zestawienia, które pozwolą nam powiedzieć więcej o procesie pomocowym (trajektorie procesów pomocowych w socjoterapii). Badania mają zatem głównie charakter opisowy, co na tle dopiero rozwijającej się wiedzy empirycznej o socjoterapii jest ciągle uzasadnione i pożądane.

Metody

Projekt badawczy

Prezentowane badania powstały w ramach większego projektu, którego głównym tematem było postrzeganie współczesnej młodzieży przez wychowawczynie i wychowawców oraz socjoterapeutki i socjoterapeutów (Jankowiak, 2017). Problem tutaj poruszany dotyczy sposobu postrzegania przez socjoterapeutów / socjoterapeutki problemów uczestników i uczestniczek socjoterapii oraz procesu pomagania w socjoterapii, która jako forma profesjonalnej pomocy obejmuje wiele intencjonalnych oddziaływań socjoterapeutów / socjoterapeutek.

Badanie prowadzono w ujęciu konstruktywistycznym pozwalającym na koncentrację na znaczeniach, jakie socjoterapeuci nadają własnej pracy, oraz na tym, jak postrzegają uczestników (adolescentów). Założono, że uzyskane opowieści (autonarracje – ustrukturuwane narracyjnie wypowiedzi autobiograficzne) na temat pracy zawodowej z młodzieżą w ramach socjoterapii dają dostęp do zindywidualizowanego obrazu młodzieży i jej problemów, a także do prób refleksji socjoterapeutów nad zakresem i skutkami powodzenia prowadzonych oddziaływań. Nie traktujemy zebranych danych jako wiedzy obiektywnej o trudnościach dzieci i młodzieży korzystających z socjoterapii. Jest to raczej wiedza o sposobie, w jaki socjoterapeuci postrzegają, opisują problemy uczestników i przebieg socjoterapii. Tę perspektywę socjoterapeuty jako profesjonalnego praktyka uznajemy za ważną, ponieważ to od obrazu (spostrzegania) zarówno młodzieży, jak i podejmowanych przez siebie działań w zawodzie zależy m.in. dopasowanie działań do problemu, nasilenie

poczucia obciążenia, rodzaj wyzwań, jakie niesie ta praca, a w efekcie skuteczność socjoterapii jako formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Nie skupiamy się tutaj na deklaracjach socjoterapeutów, ale na podstawie dostarczonych opowieści próbujemy dowiedzieć się więcej o sposobach rozumienia problemów uczestników oraz przebiegu procesu socjoterapii i przez to wpłynąć na lepsze rozumienie tej formy pomocy.

Podsumowując, proponowane podejście: 1) ukierunkowane jest na doświadczenie procesu socjoterapii, badane jest z indywidualnej perspektywy socjoterapeuty, 2) wykorzystuje jakościowe metody zbierania danych (wywiady pogłębione z bodźcem autonarracyjnym), 3) wykorzystuje metody analizy treści (zarówno dedukcyjnej, jak i indukcyjnej) w odniesieniu do autonarracji z własnego doświadczenia pracy zawodowej. Jakościowe metody zbierania danych oraz ich analizy są odpowiednie przy opisowych pytaniach badawczych i eksploracji wciąż nowego badawczo obszaru socjoterapii.

W przedstawianym projekcie główny zespół badawczy stanowiły autorki tego tekstu: ES i BJ. Nasza współpraca przebiega w ramach wydziałowej grupy badawczej Psychologiczno-Pedagogiczne Aspekty Socjoterapii zarejestrowanej na UAM i jest już wieloletnia. Wywiady zostały przeprowadzone przez BJ, która ma doświadczenie w pracy z młodzieżą w różnych trudnych sytuacjach życiowych. Stosowała ona w wywiadach umiejętności komunikacyjne wykorzystywane w jej pracy terapeutycznej, szczególnie te związane z biernym i aktywnym słuchaniem. Analiza indukcyjna prowadzona według zasad analizy tematycznej została przeprowadzona przez ES oraz BJ, a większość decyzji analitycznych podejmowała ES, korzystając z konsultacji z BJ. Analizę jakościową badaczka ES wykonała w programie Atlas.ti (6.2), a BJ w edytorze tekstu. Analiza dedukcyjna przeprowadzona była przez dwóch niezależnych sędziów spoza zespołu, mających doświadczenie w ocenianiu tekstów, a także w ocenianiu typów autonarracji.

Uczestnicy badania

Uczestnikami badań było 13 aktywnych zawodowo socjoterapeutów z różnych ośrodków w Polsce z dużych miast: Szczecin, Bydgoszcz, Toruń, Poznań, Zielona Góra i Wrocław. Były to osoby pracujące z młodzieżą z grup ryzyka w szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, centrach pomocy rodzinie, centrach wspierania rozwoju dzieci i młodzieży, centrach psychologiczno-pedagogicznych i poradniach terapeutycznych. Socjoterapeuci byli

w wieku 30–60 lat, osoba najkrócej pracująca z młodzieżą jako socjoterapeuta pracowała 4 lata, a najdłużej pracująca osoba robiła to 30 lat. Prowadzili od 1 do 10 grup tygodniowo, a liczebność ich grup wynosiła od 5 do 15 osób. Wszyscy socjoterapeuci mieli wykształcenie wyższe i kierunkowe (socjoterapeutyczne) jednocześnie. Uzyskaliśmy od nich pełną zgodę na badanie, a szczegółowo na: 1) udział w wywiadzie i opowiedzenie historii z własnej pracy z młodzieżą, 2) zapis audio w celach transkrypcji, 3) możliwość posłużenia się przez badaczy cytatami z wypowiedzi po usunięciu danych, które mogłyby zakłócić anonimowość osób badanych.

Osoby dobrano w sposób celowy (dobierając zarówno kobiety, jak i mężczyzn, osoby o różnym stażu pracy, w różnym wieku i z różnych miast zachodniej Polski), aby uzyskać zróżnicowane podmiotowe punkty widzenia związane z jak najszerszym spektrum doświadczenia własnej pracy jako socjoterapeuty. Jednocześnie zadbano o homogeniczność grupy pod kątem wielkości miast, w których mieściły się placówki, i typu placówki – wybrano wyłącznie socjoterapeutów pracujących z osobami z grup ryzyka, a nie z grup podlegających leczeniu czy resocjalizacji. Pominęto w badaniu socjoterapeutów pracujących z taką młodzieżą, która podlega aktualnie leczeniu psychiatrycznemu w szpitalu psychiatrycznym lub resocjalizacji w zakładzie poprawczym.

SEBASTIAN, 31 lat, 7 lat pracy jako socjoterapeuta, wykształcenie: pedagogika, psychopedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 14–19 lat, prowadzonych grup: 10, liczba osób w grupie: 5.

SAMANTA, 30 lat, 4 lata pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: psychologia, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 6–18 lat, prowadzonych grup: 10, liczba osób w grupie: 7.

SŁAWOMIR, 31 lat, 4 lata pracy jako socjoterapeuta, wykształcenie: psychologia, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 6–20 lat, prowadzonych grup: 10, liczba osób w grupie: 8.

SARA, 32 lata, 8 lat pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 13–15 lat, prowadzonych grup: 4, liczba osób w grupie: 7.

SYLWIA, 36 lat, 8 lat pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 13–15 lat, prowadzonych grup: 2, liczba osób w grupie: 8.

SYLWESTER, 42 lata, 18 lat pracy jako socjoterapeuta, wykształcenie: filologia polska, pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 13–18 lat, prowadzonych grup: 3, liczba osób w grupie: 7.

SELMA, 41 lat, 17 lat pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 13–19 lat, prowadzonych grup: 2, liczba osób w grupie: 8.

SANDRA, 33 lata, 10 lat pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: resocjalizacja z profilaktyką społeczną, miejsce prowadzenia socjoterapii: szkoła, wiek uczestników: 13–15 lat, prowadzonych grup: 2, liczba osób w grupie: 10.

SŁAWA, 56 lat, 30 lat pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: szkoła, wiek uczestników: 14–17 lat, prowadzonych grup: 1, liczba osób w grupie: 12.

STEFAN, 57 lat, 27 lat pracy jako socjoterapeuta, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: placówka, wiek uczestników: 13–16 lat, prowadzonych grup: 6, liczba osób w grupie: 8.

SONIA, 37 lat, 13 lat pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: szkoła, wiek uczestników: 13–15 lat, prowadzonych grup: 2, liczba osób w grupie: 15.

SELENA, 51 lat, 25 lat pracy jako socjoterapeuta, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: szkoła, wiek uczestników: 13–16 lat, prowadzonych grup: 3, liczba osób w grupie: 10.

STANISŁAWA, 60 lat, 20 lat pracy jako socjoterapeutka, wykształcenie: pedagogika, miejsce prowadzenia socjoterapii: szkoła, wiek uczestników: 13–16 lat, prowadzonych grup: 2, liczba osób w grupie: 7.

Zbieranie danych i ich transkrypcja

Wywiad, w ramach którego pozyskane zostały autonarracje socjoterapeutów, dotyczył znacznie szerszego pytania o percepcję młodzieży przez socjoterapeutów oraz nauczycieli i był prowadzony przez BJ zgodnie z określonym protokołem. Oprócz problematyki ściśle związanej z funkcjonowaniem młodzieży, a badanej w formie wywiadu częściowo ustrukturuowanego każda osoba uczestnicząca w badaniu została poproszona o opowiedzenie historii z własnej pracy zawodowej, która dobrze zobrazuje funkcjonowanie dzisiejszej młodzieży. Bodziec narracyjny następował na początku wywiadu i brzmiał: „Pracuje Pani / Pan zawodowo z młodzieżą, ja również wiele lat pracowałam z adolescentami i wiem, że zdarzają się takie historie, które na długo zapadają nam w pamięć. Proszę opowiedzieć historię dotyczącą jakiegoś znaczącego dla Pani / Pana zdarzenia, w którym Pani / Pan uczestniczyła / uczestniczył związanego z pracą z młodzieżą (osobą lub grupą), która może

obrazować to, jak funkcjonują obecnie młodzi ludzie. Czego to doświadczenie Panią / Pana nauczyło?”. Chociaż protokół wywiadu był dość dokładnie określony, prowadząca wywiad zadbała o: 1) dokładne przedstawienie osobie uczestniczącej w badaniu celu rozmowy, 2) brak ingerencji w opowieść następującą po bodźcu narracyjnym. Nie ma więc bezpośredniego pytania o to, jak socjoterapeuta / socjoterapeutka postrzega problemy młodzieży, co pozwala nam sądzić, że opowiedziane historie nie zawierają deklaracji, a jedynie umożliwiają opowiedzenie własnego sposobu postrzegania uczestników i procesu będących tutaj punktem wyjścia do analizy.

Uzyskane wywiady zostały przepisane w całości zgodnie z zasadami interpunkcji i gramatyki przez osobę nieuczestniczącą w wywiadzie (spoza zespołu), a potem odsłuchane i sprawdzone przez osobę prowadzącą wywiad. Nie zastosowano żadnych notacji, ale korzystano z nagrań w razie wątpliwości i przy sprawdzeniu kodowania. Dla celów niniejszej analizy uzyskane po bodźcu narracyjnym wypowiedzi zostały oznaczone i ocenione przez dwóch niezależnych sędziów pod kątem tego, czy spełniają kryteria autonarracji (tu technicznie rozumianej jako ciągła, nieprzerwana autobiograficzna opowieść socjoterapeuty dotycząca pracy z konkretną grupą lub uczestnikiem, która to opowieść miała określony przebieg – można było wyodrębnić początek, rozwinięcie i zakończenie). Ponieważ niektórzy uczestnicy nie budowali autonarracji na początku wywiadu, tak jak byli proszeni, ale potem w trakcie przypominali sobie historie, które spełniały wymienione kryteria, więc te później występujące historie, po uprzednim zidentyfikowaniu i ocenie przez sędziów, że są autonarracjami, zostały włączone do analizy. Pominęto takie części wywiadu, które były na temat opowiadanej historii, ale zostały wywołane przez dodatkowe pytania prowadzącej wywiad. Tak wyodrębnione autonarracje podzielono na wersy, z których każdy stanowił niosącą znaczenie część (najczęściej zawierał jeden czasownik). W efekcie analizowano 17 autonarracji, które miały średnio 464,82 słowa (mediana 335 [219;470]; min. = 150, max. = 1868).

Analiza danych – dwie procedury analizy treści

W badaniach wykorzystano zarówno indukcyjną (prostą, konwencjonalną), jak i dedukcyjną analizę treści (Mayring, 2001; Saldana, 2009). Podejście indukcyjne (czerpiące kategorie z opowieści) pozwoliło zbadać zawartość znaczeniową wypowiedzi i poukładać je w grupy problemów uczestników (1), natomiast analiza dedukcyjna (czerpiąca kategorie z teorii, tu typologii

narracji wg Gergena i Gergen, 1986) pozwoliła określić typ autonarracji (2). Procedura analizy w przypadku tych dwóch zjawisk różniła się, dlatego etapy analiz zostaną omówione osobno.

Problemy uczestników

Celem tej części analizy było odkrycie, jak socjoterapeuci postrzegają problemy uczestników. Osoby analizujące wypowiedzi (ES i BJ) pracowały wyłącznie na materiale autonarracyjnym podzielonym na wersy, poszukując języka, w jakim wyrażone zostały *explicite* problemy uczestników socjoterapii. Analizowano wers po wersie, przypisując kod każdemu wersowi „nie dotyczy problemu uczestnika” lub – jeśli wers nasuwał wprost wyrażony problem – tzw. kod *in vivo*, w języku opisowym, w którym starano się nazwać ten problem lub jeśli socjoterapeuta sam nazwał problem, użyć tego określenia. Kolejny etap polegał na porównaniu wykonanych analiz i dyskusji na temat możliwej kategoryzacji problemów. Odkryte zostały dwa wymiary, według których problemy uczestników można było uporządkować: 1) język opisu – w jaki sposób socjoterapeuta ujmuje problem uczestnika, 2) obszar problemowy – w jakim obszarze życia socjoterapeuta lokuje problemy uczestnika. W jednej wypowiedzi socjoterapeuty możliwe było zatem zidentyfikowanie problemów w wielu obszarach problemowych oraz wyrażonych w różnych językach opisu. Były też obszary dotknięte problemami, które jednak nie zostały włączone do tego dwuwymiarowego systemu, gdyż dotyczyły szerszych problemów, poza uczestnikiem / uczestniczką. Były to instytucje (niewydolne, bez procedur i humanitarności) oraz socjoterapeuta (jego / jej bezsilność, frustracja). Efektem analizy była dwuwymiarowa klasyfikacja problemów uczestników (tab. 1), która pokazuje, z czym – w ich percepcji – stykają się badani przez nas socjoterapeuci / socjoterapeutki.

Typy autonarracji

Podejście dedukcyjne (oparte na teorii, tutaj na typologii narracji według Gergena i Gergen, 1986) związane było z kategoryzacją (analiza dedukcyjna) uzyskanych narracji na progresywne, regresywne i stabilne, co pozwoliło na określenie głównego kierunku opowieści, a na kolejnych etapach opracować trajektorie procesów pomocowych. Pojęcie narracji w psychologii jest dość złożone (por. np. Soroko, 2014), ale w tych badaniach szczególnie zależy nam na podkreśleniu

narracji w jej wymiarze językowym (narracja opowiedziana), w którym ujawnia się nieuświadomiana przez człowieka struktura znaczeniowa. Struktura ta dotyczy świata społecznego, a szczególnie reprezentacji bohatera, który mając określone intencje, dąży do celu, a po drodze napotyka przeciwności, które pokonuje bądź nie (por. schemat narracyjny, model dramaturgiczny, Trzebiński, 2002). Gergenowie (1986) zaproponowali trzy typy wzorców narracyjnych. Po pierwsze, jest to narracja progresywna łącząca wydarzenia, które charakteryzuje wzrost lub polepszanie się wzdłuż wymiaru czasu (np. „uczył się pokonywać nieśmiałość”), czemu towarzyszy często pozytywny ton emocjonalny. Po drugie, narracja regresywna, która łączy wydarzenia prowadzące do pogarszania się wzdłuż wymiaru czasu („z każdym dniem czuł się coraz gorzej, aż przestał wychodzić z domu”), łącząca się z emocjami negatywnymi, głównie smutkiem i zrezygnowaniem. Wreszcie trzeci typ to narracja stabilna – wydarzenia łączą się tak, że ich przebieg w czasie pozostaje zasadniczo niezmienny pod kątem celu i wyniku opowieści, afekt może być zróżnicowany, ale nie skrajny.

Trzy typy wzorców narracyjnych posłużyły nam do tego, aby wychwycić, jaką strukturę znaczeniową socjoterapeuci / socjoterapeutki nakładają na swoje doświadczenia pracy z młodzieżą, a szczególnie do czego ich zdaniem doprowadzają podejmowane działania – do wzrostu, pogorszenia czy może dominuje poczucie trwania w podobnym stanie.

Mając teoretyczną podstawę w wyżej wymienionej koncepcji, dedukcyjna analiza treści polegała na: 1) zdefiniowaniu na podstawie teorii narracyjnej trzech głównych typów narracji, 2) stworzeniu podręcznika do kodowania tych trzech typów narracji wraz z przykładami i przeszkoleniu sędziów, 3) wykonaniu pracy przez dwóch niezależnie pracujących sędziów, 4) obliczeniu zgodności sędziowania, 5) ustaleniu jednego typu, do którego należała każda narracja. Sędziowie kompetentni zgadzali się we wszystkich przypadkach poza jednym (który potem został jednoznacznie rozstrzygnięty w toku dyskusji), dlatego nie obliczano zgodności metodami statystycznymi (Soroko i Jankowiak, 2020).

Wyniki

Problemy uczestników

Wyniki prowadzonej analizy pozwoliły na usystematyzowanie problemów uczestników ze względu na stosowany przez socjoterapeutów język opisu. Ujmuje się je:

- nozologicznie (objawowo) – język opisu problemów sięgał do wiedzy z psychopatologii, wprost posługując się nazewnictwem profesjonalnym poszczególnych objawów, syndromów lub jednostek nozologicznych (typów zaburzeń);
- psychologicznie, używając terminów o mocy wyjaśniającej – język opisu problemów sięga po terminy, które są charakterystyczne dla różnych koncepcji wyjaśniających, najczęściej osadzonych w konkretnych paradygmatach, socjoterapeuci starają się tu pokazać, jakie funkcje może pełnić dane zachowanie czy trudność;
- atrybucyjnie (cechy relatywnie trwałe) – ten język opisu charakteryzuje tendencja do znalezienia (najlepiej jednej i dobrze wyartykułowanej) przyczyny danego obszaru problemowego, która zazwyczaj jest postrzegana jako dość niezmienna;
- behawioralnie (zachowania) – ten sposób opisu problemów koncentrował się na wyszczególnianiu zachowań problemowych, bez konieczności określania ich językiem diagnozy psychologicznej, ale bardziej przez pokazanie perspektywy zachowań problemowych.

Socjoterapeuci w swoich narracjach odnosili się do różnych obszarów problemowych, w jakich ujmowali problemy uczestników. Wyróżniono następujące obszary: adolescent, rodzina adolescenta, grupa społeczna (także socjoterapeutyczna). Te obszary mają koncentryczny charakter i pokazują, że w socjoterapii w opisie trudności bardzo naturalne jest sięganie do kontekstu rodziny i grupy społecznej.

Mając dwa sposoby kategoryzacji problemów uczestników (język i obszar problemowy), dokonano zestawienia obu z nich w postaci tabeli (por. tab. 1). Dzięki temu możemy zobaczyć, że socjoterapeuci i socjoterapeutki używali różnorodnego języka opisu problemów, ujmując je w różnych obszarach. Używali więc np. kategorii psychopatologicznych (język nozologiczny) w odniesieniu do problemów nastolatków (obszar adolescent), deklarując m.in., że uczestnicy ich grup doświadczają zaburzeń odżywiania lub ADHD. Jeśli natomiast problem lokowali w rodzinie (obszar rodzina) i stosowali opis atrybucyjny, oceniali, że rodzina jest dysfunkcyjna. Stosując język opisu behawioralny w odniesieniu do grupy (obszar problemowy grupa), opisywali np. sytuacje ucieczki z lekcji czy ośrodka.

Tabela 1. Kategoryzacja problemów uczestników w dwóch wymiarach: obszar problemowy i język opisu

Obszar problemowy	Język opisu			
	nozologiczny (objawowy)	psychologiczny o mocy wyjaśniającej	atrybucyjny, cechy relatywnie trwałe	behawioralny (zachowania)
adolescent, osoba	- anoreksja - zaburzenia odżywiania - rozhamowanie seksualne - uzależnienia (alkohol, dopalacze, narkotyki) - impulsywność - agresja - zaburzenia organiczne - ADHD - niepowodzenia szkolne - samobójstwo - egocentryzm - otyłość - hospitalizacja - farmakoterapia	- konflikt zależność–niezależność - idealizacja ojca - zakłamany obraz siebie - trudności z wejściem w zależność - urazy ja–dorosły i ja–równieśniczy - rozładowywanie napięć	- niecenienie życia - brak umiejętności korzystania ze swoich zasobów - brak wizji przyszłości - bezrefleksyjność - zły stan zdrowia - trudność bycia w grupie - izolowanie się - trudności komunikacyjne	- szybkie rezygnowanie - marnowanie potencjału - dziwne zachowania - płacz - załamanie - kryzys - amok - opiekowanie się pięcią matką
rodzina adoleścenta	- niewydolność opiekunów - alkoholizm - przemoc - agresja - molestowanie	- niewytrzymywanie ram socjoterapii - niegotowość na niezależność dziecka - dysfunkcyjne reguły - nadmierne kontrolowanie dziecka - pozorna zgoda na niezależność	- brak wiedzy o dziecku - dysfunkcyjny dom - dysfunkcyjna rodzina - napięte relacje w domu - domniemane ukrywanie nadużyć - rodzina zrekonstruowana - rodzina niepełna - rodzic nietykalny (senator, policjant) - ojciec homoseksualny	- wulgarność - nadużycia: • przemoc, manipulowanie dzieckiem, pokazywanie agresji wobec innych, traktowanie przedmiotów dziecka, stosunek seksualny z dzieckiem, zmuszanie dziecka do kontaktów seksualnych z obcymi osobami

Obszar problemowy	Język opisu		
	nozologiczny (objawowy)	psychologiczny o mocy wyjaśniającej	atrybucyjny, cechy relatywnie trwałe
grupa (socio-terapeutyczna, ale też świat społeczny w ogóle)	- nadmiernie otwarta	- poczucie bycia zmuszonym do grupy - narcyzm w społeczeństwie - związki sadomasochistyczne - walka z autorytetem - poszukiwanie akceptacji kolegów (pisywanie się)	behawioralny (zachowania) - powtarzanie roku - wychodzenie z zajęć - nieuczestniczenie w zajęciach - telefonowanie na zajęciach - konflikty z nauczycielami - robienie na złość - odmowa hospitalizacji - prowokowanie - demolowanie otoczenia - ucieczka z ośrodka - ucieczka z lekcji - łamanie zasad szkoły - włamanie się

Trajektorie uwzględniające typy narracji

Wyróżniono następujące typy narracji:

1) progresywną, łączącą wydarzenia, które charakteryzuje wzrost lub polepszanie się wzdłuż wymiaru czasu (Sandra, Sława 2, Sława 3, Sława 5, Sara, Sylwester, Selma, Sonia), np.:

Teraz też miałam taką sytuację, że jedna z dziewczyn zadała się z taką osobą, która jest tak zdemoralizowana, że chyba nie ma osoby bardziej zdemoralizowanej. W sumie cała rodzina tak funkcjonuje, bo dwie siostry wcześniej były i funkcjonowały podobnie. [...] najpierw przychodzi do mnie i mówi: ta i ta dziewczyna pije alkohol, sporo alkoholu, ma takie i takie towarzystwo, ja mówię: „Czy Ty jesteś w stanie jej to powiedzieć, bo akurat znam ciebie i ty potrafisz przynosić różne historie niesprawdzone?”. „Tak, jestem w stanie”. To proszę tamtą drugą i jest rozmowa i faktycznie ona mówi w oczy, że faktycznie tak jest. Tamtą do tej pory mówiła „nie” i jak jest ta konfrontacja, mówi: „Tak, tak, faktycznie mam problem i chcę, żeby ktoś mi pomógł. Ja się będę starała zmienić”. Bardzo mi się podoba, że jednak coś do nich dociera (Sława 2).

2) regresywną, łączącą wydarzenia, które charakteryzuje spadek lub pogarszanie się wzdłuż wymiaru czasu (Sława 1, Sława 4, Stanisława, Selena), np.:

No jest, bo jak Pani pytała, to tak gdzieś włączyło się światelko i wróciłam pamięcią. Miałam taką uczennicę, która nie żyje niestety, bo jak przeszła do szkoły średniej, to popełniła samobójstwo. Nie traktuje tego w kategorii porażki, ponieważ dziewczyna poznała chłopaka i poszła w alkohol i narkotyki, ale była bliska mojemu sercu, ponieważ poprzez udział w zajęciach nawiązała się między nami bliskość, więź. Przychodziła ze wszystkimi problemami, gdzieś po drodze był pożar domu czy mieszkania, które całkowicie spłonęło, i pomogłam jej, a potem w tych takich sytuacjach wspierałam ją, podpowiadałam, co może zrobić, jak można rozwiązać wszelkiego rodzaju sprawy i konflikty, nie tylko z rówieśnikami, ale i z rodzicami. Mam w głębi jej twarz, przesympatyczna i ładna dziewczyna, i nie tak to się skończyło, nie tak powinno być. Popełniła samobójstwo w szkole średniej, przez chłopaka, który wciągnął ją w proceder narkotykowy, gdzieś popiła go alkoholem i potem dziewczynę z jej grupy, na którą chodziły, przyszły do mnie i mówią: „A myśmy panią szukały w kościele, że będzie pani na pogrzebie”. Akurat nie mogłam iść, bo byłam tu i tu i teraz byłam potrzebna. Rzadko do tego wracam, to właśnie przyszło mi dzisiaj do głowy. Jest to bardzo smutna historia, ale czas, kiedy poświęcałam jej, chwile, godziny wspominam miło. Taka fajna dziewczynka była, inaczej mogło potoczyć się jej życie (Stanisława).

3) stabilną, łączącą wydarzenia tak, że ich przebieg w czasie (linia) pozostaje zasadniczo niezmienny pod kątem celu i wyniku opowieści (Sebastian, Samanta, Sławomir, Stefan, Sylwia) (zob. więcej: Soroko i Jankowiak, 2020), np.:

Historia dotyczy dylematów i frustracji terapeuty i poczucia bezsilności terapeuty, a z drugiej strony takiego marnowania tego potencjału i stąd ta złość i frustracja. Czasem mam wrażenie, że jakby jak już pracuje z dziećmi i z młodzieżą od ośmiu lat i mam wrażenie, że są jakieś zmiany w społeczeństwie, i mam poczucie, że coraz więcej nie chciałbym jakichś statystycznych odniesień robić, jest nastolatków właśnie trochę takich narcystycznych. Na zasadzie trochę właśnie takiego poczucia, że im się coś należy i takiego bycia w takim jakimś związku zależnościowym i niechęci. Z jednej strony deklarowania, że oni by chcieli pozbyć się już szkoły, wyprowadzić się już od rodziców. Z drugiej strony robią wszystko, żeby tej szkoły nie skończyć i żeby z tymi rodzicami mieszkać i żeby korzystać cały czas z ich wsparcia i pomocy. Często to są młodzi, którzy są naprawdę bardzo inteligentni i zdolni, którzy potrafią się czymś zająć i fajne rzeczy robić, ale to jest krótkofalowe i umiera bardzo szybko i jakby w pracy z takimi osobami i ich rodzinami często się właśnie styka z taką bezsilnością. Mam taki przykład. Dwa lata temu chodziła na grupę gimnazjalistka – trzecia klasa, która miała dużo takich fajnych umiejętności, była bardzo mądra, ale wszystko zawalała. Powtarzała rok, ciągle wchodziła w jakieś konflikty z nauczycielami, ciągle toczyła walkę z autorytetami. Z drugiej strony bardzo też toczyła walkę ze swoimi rodzicami, ale też jakby była tak w tym skuteczna. Głębiej jakby się zastanowić, to problem był taki, że ci rodzice sami nie mieli w sobie takiej gotowości, żeby jakby pozwolić, żeby ich dziecko w końcu z gniazda wyfrunęło i to wszystko było też tak uwikłane w takie niby z jednej strony zgoda i chęć, niech zacznie coś robić i wykorzystywać swoje zdolności i umiejętności, jak język francuski, który bardzo dobrze знаła, czy śpiewanie w chórze i inne jakieś umiejętności, które gdzieś miała, a z których nie korzystała i ich nie rozwijała. Właściwie to życie tej osoby się zamykało do tego, że brakło takiej wizji i perspektyw, co ona będzie robić za kilka lat (Sławomir).

W naszej próbie regresywne i progresywne narracje wystąpiły równie często, natomiast nieco rzadziej narracje stabilne (por. tab. 2).

Zestawienie rodzajów problemów z typami narracji

Następnym etapem było połączenie wyników obydwu typów analiz i opisanie trzech trajektorii przebiegu socjoterapii – progresywnej, regresywnej i stabilnej – uwzględniając rodzaje problemów uczestników (tab. 2).

Tabela 2. Problemy uczestników a typy narracji

Uczestnicy badania	Problemy uczestników	Narracja
Sonia	behawioralny w obszarze osoby i rodziny	progresywna
Sława 3	nozologiczny w obszarze osoby, atrybucyjny w obszarze grupy społecznej	progresywna

Uczestnicy badania	Problemy uczestników	Narracja
Sława 5	nozologiczny i behawioralny w obszarze osoby, behawioralny w obszarze grupy społecznej, atrybucyjny, psychologiczny i behawioralny w obszarze rodziny	progresywna
Sława 2	atrybucyjny w obszarze rodziny i grupy, nozologiczny i behawioralny w obszarze osoby	progresywna
Sandra	psychologiczny i nozologiczny w obszarze osoby i relacji	progresywna
Sylwester	atrybucyjny w obszarze rodziny	progresywna
Sara	atrybucyjny w obszarze osoby	progresywna
Selma	nozologiczny, atrybucyjny i behawioralny w obszarze osoby, atrybucyjny w obszarze rodziny	progresywna
Selena	atrybucyjny i behawioralny w obszarze osoby i rodziny	regresywna
Sława 1	atrybucyjny w obszarze rodziny, nozologiczny i behawioralny w obszarze osoby oraz rodziny	regresywna
Sława 4	nozologiczny i behawioralny w obszarze osoby, atrybucyjny i behawioralny w obszarze rodziny	regresywna
Stanisława	nozologiczny w obszarze osoby, nozologiczny i atrybucyjny w obszarze grupy społecznej	regresywna
Sylwia	psychologiczny, nozologiczny w obszarze osoby, atrybucyjny w obszarze rodziny	stabilna
Sebastian	behawioralny w obszarze grupy i instytucji	stabilna
Stefan	nozologiczny i atrybucyjny w obszarze osoby, psychologiczny w obszarze grupy	stabilna
Samanta	psychologiczny w obszarze grupy i rodziny	stabilna
Sławomir	psychologiczny, atrybucyjny, behawioralny w obszarze osoby, rodziny, grupy	stabilna

Dyskusja i wnioski

Uzyskane wyniki wskazują, że socjoterapeuci i socjoterapeutki w swoich narracjach używają dość zróżnicowanych sposobów opisu problemów uczestników grup. Język opisu problemów stosowany przez socjoterapeutów i socjoterapeutki odpowiada różnym sposobom opisu problemów uczestników grup w literaturze przedmiotu (Sawicka, 1999; Jagieła, 2009; Jankowiak i Soroko, 2014, 2021). W niniejszych badaniach wyróżniono dwie kategoryzacje problemów – język opisu oraz obszary problemowe. Problemy są opisywane w języku nozologicznym (objawy psychopatologiczne), w języku psychologicznym, mającym moc wyjaśniającą, atrybucyjnie (cechy relatywnie trwałe) i behawioralnie (poprzez identyfikację problemowych zachowań). Z kolei biorąc pod uwagę obszar, problemy uczestników są umieszczane w jednostce,

rodzinie lub grupie społecznej. Obszary te były już wcześniej opisywane jako płaszczyzny diagnozowania, które warto brać pod uwagę (Jankowiak i Soroko, 2020).

Zakończenie

W nozologicznym języku problemy uczestników to np. anoreksja, zaburzenia organiczne, ADHD, niewydolność opiekuńcza, alkoholizm. Takie ujmowanie problemu mogło wynikać z jednej strony z wykształcenia (psychologia kliniczna, psychiatria, psychoterapia) i co za tym idzie – znajomości kategorii diagnostycznych, a także z dostępu do dokumentacji medycznej, a więc być wyrazem profesjonalizmu socjoterapeutów. Z drugiej jednak strony nozologiczny język może tworzyć lub utrwaląć perspektywę zewnętrzną i dystans wobec dziecka albo wynikać z obecności tych terminów w procesie protodiagnozy. Może więc nieść ryzyko etykietowania i jedynie pozornego zrozumienia. Ponadto pojawiające się w narracjach socjoterapeutów kategorie nozologiczne mogą sugerować, że do socjoterapii trafia młodzież w gorszym psychologicznym stanie lub z większymi trudnościami, niż jest na to socjoterapia jako forma pomocy gotowa.

Język psychologiczny natomiast używany był np. do opisu urazów ja–dorosły i ja–rówieśnicy, niegotowości na niezależność dziecka, niewytrzymywania ram socjoterapii. Ten rodzaj ujmowania problemów wskazywać może na elementy konceptualizacji przypadku. Jest bardziej wrażliwy na zmienność zachowań i w ten sposób może sprzyjać większej responsywności socjoterapeutów na zmieniające się funkcjonowanie nastolatków.

Język behawioralny stosowany był do nazwania obserwowanych aktywności, np. płacz, załamanie, ucieczka z lekcji, wulgarność, nadużycia i molestowanie. Ten sposób opisu sprowadza się do zachowań lub nawyków, nieco pomijając, co te zachowania mogą znaczyć. Może wynikać z bycia przytłoczonym różnymi zachowaniami uczestników i wskazywać na trudności w zaangażowaniu się w głębsze rozumienie ich problemów.

Używając pojęć atrybucyjnych, socjoterapeuci / socjoterapeutki mówili o braku wizji przyszłości, bezrefleksyjności, złym stanie zdrowia, dysfunkcjonalnej rodzinie, nietykalnym rodzicu. Wydaje się, że znalezienie takiej cechy opisowej mogło przynieść ulgę, że problem został określony.

Przy odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób prowadzone są opowieści o socjoterapii pod względem realizacji pożądanego celu pomocowego,

zaklasyfikowano w niniejszym badaniu historii socjoterapeutów do trzech grup wyróżnianych w koncepcji Gergenów (1986). Warto zauważyć, że te typy narracji odnoszą się do rozwoju procesu pomagania w czasie i wskazują na to, czy pomoc się powiodła. Narracja progresywna łączy wydarzenia, które charakteryzuje wzrost lub polepszanie się wzdłuż wymiaru czasu. Narracja regresywna łączy wydarzenia, które charakteryzuje spadek lub pogarszanie się wzdłuż wymiaru czasu. Natomiast narracja stabilna to taka, która łączy wydarzenia tak, że ich przebieg w czasie (linia) pozostaje zasadniczo niezmieniony pod kątem celu i wyniku opowieści. Odpowiadając na pytanie, czy można powiązać rodzaje problemów oraz typy narracji w znaczące zestawienia, które pozwolą nam lepiej zrozumieć proces pomocowy, dokonano zestawienia. Zgodnie z uzyskanymi wynikami ten ostatni typ narracji (narracja stabilna) jest charakterystyczny dla opisu psychologicznego problemów młodzieży, które mają charakter wyjaśniający przyczyny tych trudności. W przypadku narracji progresywnych i regresywnych język opisu jest niespecyficzny, co oznacza, że może być zarówno nozologiczny, atrybucyjny, behawioralny, jak i psychologiczny. Natomiast po zestawieniu problemów i narracji widzimy, że konceptualizacja problemów uczestników grup w języku wyjaśniającym łączy się z postrzeganiem socjoterapii jako stabilnego w czasie procesu. Wyjaśniający sposób opisu problemów używany jest podczas diagnozy wyjaśniającej czy też konceptualizacji przypadku. W przebiegu socjoterapii przyjmuje ona postać ciągłego procesu rozwijania i sprawdzania hipotez na temat mechanizmów trudności uczestników w związku z napływającymi danymi z obserwacji ich w grupie rówieśników oraz w relacji z socjoterapeutą. Takie uaktualnianie hipotez wyjaśniających pozwala na elastyczność w doborze interwencji pomocowych (Jankowiak i Soroko, 2021), ale – jak sugeruje nasza analiza – może nie przynosić poczucia sukcesu i poprawy.

Sposób opowiadania o problemach uczestników / uczestniczek socjoterapii przez pracujących z nimi profesjonalistów pozwala rozpoznać znaczeniową strukturę nakładaną na problemy uczestników. Jest ważnym punktem wyjścia do tego, jakie działania będą podejmowane w celu pomagania dzieciom i młodzieży w radzeniu sobie z tak, a nie inaczej rozumianymi (reprezentowanymi) problemami. Nasze badania opisowe pozwoliły omówić problemy, a przez ich zestawienie z typami narracji stawiać pierwsze hipotezy o znaczeniu sposobu myślenia socjoterapeutów o problemach uczestników a doświadczeniem powodzenia lub niepowodzenia socjoterapii jako grupowej formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Dalsze badania naukowe w tym zakresie mogłyby podjąć się sprawdzenia, czy psychologiczne ujęcie

problemów uczestników przyczynia się do większej tolerancji tego, że socjoterapia jest raczej ciągłym procesem towarzyszenia w rozwoju młodym ludziom, mniej nastawionym na spektakularne efekty pomocowe, raczej na powolną poprawę. Oczywiście konsekwencje innych sposobów ujmowania problemów uczestników (np. nozologicznego) mogłyby również być dalej badane.

LITERATURA

- Cierpiałkowska, L. (2007). *Psychopatologia*. Warszawa: Scholar.
- Cierpiałkowska, L., Grzegorzewska, I. (2020). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – salutogenetyczne i patogenetyczne modele empiryczne i teoretyczne. W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A.R. Borowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (s. 31–59). Warszawa: PWN.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2005). Psychologia kliniczna i psychopatologia – wzajemne zależności. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H., Soroko, E. (2016). Postępowanie diagnostyczne psychologa klinicznego a konteksty i sytuacje społeczne tworzenia diagnozy. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 215–231). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gergen, K.J., Gergen, M.M. (1986). Narrative form and the construction of psychological science. W: T.R. Sarbin (red.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (s. 22–44). Praeger Publishers / Greenwood Publishing Group.
- Jagięła, J. (2007). *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*. Kraków: Wydawnictwo Rubikon.
- Jankowiak, B. (2017). *Zachowania ryzykowne współczesnej młodzieży. Studium teoretyczno-empiryczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2013). Socjoterapia jako forma pomocy psychopedagogicznej. W: B. Jankowiak (red.), *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka* (s. 33–59). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jankowiak, B., Soroko, E. (2014). Wybrane problemy diagnozy opisowej w socjoterapii – aspekty teoretyczne oraz związki z funkcjonowaniem zawodowym socjoterapeutów. *Studia Edukacyjne*, 33, 165–187.
- Marcelli, D. (2013). *Psychopatologia wieku dziecięcego*. Wrocław: Elsevier.
- Soroko, E., Jankowiak, B. (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*, publikacja online 12 czerwca, 1–17.
- Strzemieczny, J. (1988). *Zeszyty socjoterapeutyczne*. Warszawa: PTP.