

Krzysztof A. Wojcieszek*

**Krótką interwencja profilaktyczna w grupie
– konstruktywne wykorzystanie dysonansu poznawczego
w profilaktyce dla grupy podwyższonego ryzyka
na przykładzie programu „Korekta”**

Wprowadzenie

Jednym z przejawów deficytów rozwojowych i zaburzeń nazywanych patologicznymi są zachowania ryzykowne i autodestrukcyjne, takie jak używanie substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki, dopalacze), instrumentalnie traktowany seks czy przemoc¹. W stosunku do wszystkich takich zachowań usiłuje się wdrażać stosowne działania zapobiegawcze, gdyż powodują one rozliczne szkody, zauważalne w masowej skali. Według autorów *Raportu o stanie zdrowia na świecie WHO*², czy też raportów sporządzanych dla rozmaitych gremiów (Kongres USA, Komisja Europejska) zachowania takie nie są już tylko izolowanym problemem specjalnie naznaczonych „jednostek patologicznych”, ale zjawiskiem społecznym o zasadniczym wpływie na procesy podtrzymania egzystencji i rozwoju współczesnych społeczeństw, zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych. Działania zapobiegawcze dotyczące tych zachowań obejmują bardzo różnorodne metody, od regulacji prawnych (*law enforcement*) i ekonomicznych (podwyższanie cen, redukcja dostępności), przez medialne kampanie edukacyjne, rozmaite projekty społeczności lokalnych, a na specjalnych programach oddziaływań skończywszy. Ze względu na przejrzystość dalszego wywodu ograniczę się zasadniczo do zachowań polegających na używaniu substancji psychoaktywnych, a zwłaszcza alkoholu etylowego, ale

*Dr Krzysztof Wojcieszek, Pedagogium Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie

¹ McWhirter J.J., McWhirter B.T., McWhirter A.M., McWhirter E.H. *Zagrożona młodzież*, tł. Helena Grzegolowska-Klarkowska, Agnieszka Basaj. Warszawa, Wyd. PARPA 2001, s. 186–214, s. 527. L. Pytka. *Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*. Warszawa, Wyd. APS 2005, s. 82–86, s. 432.

² Raport o stanie zdrowia na świecie 2002. *Analiza zagrożeń, promocja zdrowia*. Tłum. Agnieszka Basaj. Warszawa, Wyd. PARPA 2003, s. 293. Anderson P., Baumberg B. *Alkohol w Europie*. Raport z perspektywy zdrowia publicznego. Warszawa 2007, s. 332.

prezentowana propozycja może być równie dobrze zastosowana do innych dziedzin ryzykownych i autodestrukcyjnych zachowań, po pewnych modyfikacjach, jak o tym świadczy udana próba przeniesienia omawianych metod na teren profilaktyki ryzykownych zachowań seksualnych (program „Wyspa Skarbów”)³.

Z punktu widzenia pedagogiki resocjalizacyjnej zachowania ryzykowne tego typu są raczej typowe dla osób z grupy podwyższonego ryzyka, które definiuje się jako wymagające resocjalizacji. Większość tych osób, zarówno młodych, jak i dorosłych, wykazuje „bogactwo” takich zachowań w układzie typowej wiązki zachowań problemowych. Osoby, którymi interesuje się pedagogika resocjalizacyjna, zwykle podlegają wcześniejszej inicjacji alkoholowej lub narkotycznej, a następnie wyraźnie częściej i bardziej intensywnie, niż ogół populacji używają substancji psychoaktywnych, wprowadzając poprzez te zachowania chaos w swoje (i innych ludzi) życie, pogarszając jego jakość, a często znacznie je skracając. Dlatego zainteresowanie pedagoga resocjalizacyjnego profilaktyką tego typu zachowań wydaje się naturalne i uzasadnione. Z tego punktu widzenia profilaktyka tego rodzaju zachowań, jak nadmierne używanie substancji psychoaktywnych, może być uznawana za integralną część pedagogiki resocjalizacyjnej, zwłaszcza na obszarze tzw. profilaktyki selektywnej i dedykowanej (II i III stopnia). Co ciekawe i rzadko podkreślane, procedury profilaktyczne mają, moim zdaniem, autonomiczną wartość i nie są zastępowalne w stosunku do osób resocjalizowanych przez ewentualną terapię uzależnień, która na obecnym etapie rozwoju rzadko wprowadza pełną profilaktykę, zadowolając się zasadniczo działaniami naprawczymi (z wyjątkiem części nazywanej zapobieganiem nawrotom)⁴. Z tego powodu nawet osoby, które przeszły z sukcesem terapię uzależnień, nadal prezentują wiele cech charakterystycznych dla osób pozbawionych profilaktyki, na przykład trwają w błędnych przekonaniach normatywnych, kultywują liczne mity i stereotypy w sprawach substancji, są przekonane o nieuchronności pewnych zachowań w społeczeństwie. Taka sytuacja nakazuje poważnie potraktować potrzebę działań profilaktycznych w stosunku do osób wykazujących „patologiczne” używanie substancji.

Współczesne podejście do działań profilaktycznych a resocjalizacja

Współczesne podejście do działań profilaktycznych różni się znacznie od tradycyjnego, gdyż usiłuje opierać te działania na dowodach naukowych (*evidence-based programs*). Udoskonalenie procedur ewaluacyjnych, liczne badania terenowe i podłużne spowodowały przesunięcie akcentów w profilaktyce z działań edukacyjnych

³ Prezentowane podejście stało się inspiracją dla grupy programów z tego zakresu znanych jako „Wyspa skarbów”, Grzelak S. *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce*, wyd. I. Kraków, Wyd. Rubikon 2006, s. 236–238, s. 311.

⁴ Na temat zakresu współczesnej praktyki terapeutycznej patrz: Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa, Wyd. IPZ 2006, s. 419.

na działania pośrednie: regulacje prawne, ograniczanie dostępności ekonomicznej, wzmacnianie środowiskowych czynników chroniących i ograniczanie środowiskowych czynników ryzyka, uruchamianie zjawiska *resilience* i ogólnie wzmacnianie zaplecza społecznego zagrożonych osób. Zwiększenie skuteczności terapii uzależnień i jej dostępności, rozpowszechnienie procedury interwencji kryzysowej i liźczebności grup samopomocowych spowodowało znacznie szybsze przechodzenie od edukacji do terapii i rehabilitacji. Tradycyjne „uświadamianie”, czyli edukacja na przykład w postaci programów szkolnych, zaczęło być traktowane jako przestarzałe, a znaczna część wysiłku profilaktyków skierowała się na intensywne oddziaływanie przypominające terapię. Programy profilaktyczne uznawane za skuteczne oparte na wynikach ewaluacji sumatywnej przyjmują postać dość długotrwałych procedur, obejmujących przynajmniej kilkanaście spotkań, zwykle realizowanych w stosunkowo małych grupach⁵. Mimo takiej intensywności profilaktyka oparta na przekazywaniu wiadomości, a nawet kształtowaniu umiejętności i postaw, ustępuje w opinii specjalistów działaniom środowiskowym, kompleksowym, a nawet wprost „prymitywnie behawioralnym” jak podwyższanie cen alkoholu czy papierosów⁶. Warto zauważyć, że dysponujemy obecnie procedurami profilaktycznymi, które z powodzeniem skutkują ograniczaniem używania substancji – alkoholu, nikotyny, narkotyków, ale, o dziwo, procedury te są dość rzadko stosowane w praktyce⁷. Zatem nie jest tak, że profilaktyka szkolna jest z gruntu nieskuteczna. Najczęściej jednak procedury te zastępowane są wygodnymi i niesprawdzonymi działaniami o wątpliwej skuteczności, gdyż takie posunięcie dyktują organizatorom względy pragmatyczne.

Mamy zatem dość trudną sytuację: większość zainteresowanych osób z grupy podwyższonego ryzyka nie podlega żadnej sensownej profilaktyce (nawet gdy podlega terapii!), a jeśli już, to stosowane procedury w myśl zaleceń badaczy i konstruktorów programów są dość długie i bardzo wymagające (zblizając się poziomem wymagań wykonawczych do kompetencji wprost terapeutycznych). Taka sytuacja – wyraźnego deficytu oddziaływań, każe zapytać, czy sensowna profilaktyka jest dla takich osób możliwa? Powinna być zarazem skuteczna, krótka, dogodna w stosowaniu, o ograniczonym poziomie wymagań dla wykonawców – pedagogów. Czy coś takiego jest możliwe, czy też jest to po prostu utopia? Kusi nas, aby zrezygnować z działania zapobiegawczego i skupić się wyłącznie na działaniach naprawczych, bo wtedy „już coś widać” – wychowanek ma wyraźne kłopoty (np. jest uzależniony, doznał widocznych szkód), ewentualne wyniki działań są czytelne (pije –

⁵ Przykładem takich oddziaływań jest program rozwoju umiejętności życiowych Botvina. Szerzej na temat metod pracy współczesnej profilaktyki problemowej w: K. Ostaszewski *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*. Warszawa, Wyd. Scholar 2003, s. 299.

⁶ Anderson P., Baumberg B. *Alkohol w Europie...*, op.cit. s. 189–262.

⁷ Temu zagadnieniu był poświęcony specjalny panel dyskusyjny podczas ogólnopolskiej konferencji profilaktycznej w Bochni w dniach 26–28.10.2010, zorganizowanej przez PARPA z udziałem autora jako panelisty. Omówienie dyskusji w kolejnych numerach miesięcznika „Remedium” z początku 2011.

nie pije), procedury są konkretne, o udokumentowanej skuteczności... Ten ostatni punkt bywa kwestionowany z uwagi na trudność osiągnięcia trwałych wyników w pewnych sytuacjach uzależnienia⁸ (trudno osiągalne cele terapii, rezygnacje i nawroty), ale na ogół wszyscy się zgadzają, że terapia jest czymś do bezwzględnie stosowania, metodą z wyboru. Co prawda, pojawia się natychmiast refleksja pragmatyczna: kilkanaście więziennych oddziałów terapeutycznych nie zaspokaja potrzeb terapeutycznych systemu penitencjarnego, gdyż szacuje się, że większość (być może nawet 70%?) osadzonych to osoby uzależnione od substancji. Czy możliwe jest przekształcenie całego systemu w wielki zakład terapeutyczny? A zatem może jednak profilaktyka?

Kontekst społeczny: współczesna „antyprofilaktyka” i jej metody

Musimy zdawać sobie również sprawę z tego, że zachowania ryzykowne w postaci używania substancji psychoaktywnych mają we współczesnym świecie swoich licznych i wpływowych promotorów. W warunkach gospodarki rynkowej argument zaspokajania potrzeb („to” jest przecież dla ludzi) i argument liberalny (wolność gospodarcza, zysk, miejsca pracy) wygrywa i stąd szeroka dostępność substancji, rozwijanie całych gałęzi przemysłu nastawionych wyłącznie na zaspokajanie tego rodzaju potrzeb, które bardzo łatwo wymykają się spod kontroli. Zauważmy, że w PRL obowiązywał całkowity zakaz reklamy alkoholu, a obecnie jest ona dozwolona z małymi ograniczeniami. W „słusznie minionej epoce” sieć sprzedaży alkoholu była mniejsza⁹, a realne spożycie, zarówno wśród młodych, jak i dorosłych mniejsze niż obecne wskaźniki¹⁰. Dobrze ilustrują to polskie badania podłużne¹¹. Nie trzeba jednak sięgać do historii. Wystarczy sprawdzić sytuację w krajach wysoko rozwiniętych. Przecież w zakresie spożycia alkoholu średnie polskie spożycie jest na poziomie 75% unijnego!¹². W krajach wysoko rozwiniętych zarabia się (prywatnie) i traci (społecznie) na bogato rozwiniętym rynku używania substancji. Obecna jest reklama, promocja, nowoczesny marketing. Czy w tym kontekście osoba z deficytami, podlegająca resocjalizacji, zagrożona uzależnieniem lub wprost uzależniona

⁸ Stąd popularność nowego podejścia typu *harm reduction*, patrz: A. Tatarsky. *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*, tł. Paweł Nowocien. Warszawa, Wyd. KBdsPN 2007, s. 286.

⁹ I regulowana centralnie, a nie lokalnie, jak dziś.

¹⁰ Dane porównawcze można zestawić z kolejnych raportów rocznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

¹¹ Najdobitniej widać to w zestawieniu tzw. badań mokotowskich. K. Ostaszewski. *Zmiany w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych. Badania mokotowskie*. „Alkoholizm i Narkomania”, 1998, nr 30 (1), s. 41–56. Badania te ujawniają gwałtowną negatywną zmianę ryzykownych zachowań młodzieży w dobie tzw. transformacji.

¹² Polska ok. 9,2–9,5, a UE ok. 12 litrów czystego etanolu na głowę rocznie. Stosowne dane są dostępne w podstawowych oficjalnych zestawieniach UE typu Eurobarometr, ale również w cytowanym już raporcie Andersona i Baumberga dla Komisji Europejskiej, s. 40.

ma duże szanse uniknięcia dysfunkcyjnych zachowań? Od dawna społeczeństwa europejskie noszą miano „mokrych” społeczeństw. Nie ułatwiają one tym życia swoim członkom, którzy z powodu rozmaitych deficytów stają na marginesie jako pijący alkohol dewianci negatywni.

Zauważmy też, jak działa chociażby reklama używek: jest zwykle intensywna, masowa, skuteczna i krótkotrwała. Nikt nie ciągnie jej godzinami, są to raczej błyskawiczne ataki na świadomość i podświadomość potencjalnego konsumenta. W związku z tym nasuwa się ważne pytanie: czy taka mogłaby być też profilaktyka? Czy mogłaby być równie intensywna, masowa, skuteczna i względnie krótka? Czy też jest to zwyczajna utopia?

Propozycja „krótkiej interwencji profilaktycznej w grupie”

Właśnie uświadomienie sobie całej zarysowanej złożoności dzisiejszej sytuacji społecznej i pilnych potrzeb wielu ludzi, zwłaszcza tych z grupy podwyższonego ryzyka, skłoniło autora niniejszego tekstu do wieloletnich poszukiwań tego rodzaju działania, które mogłoby być wartościowym uzupełnieniem kompleksowych działań środowiskowych i miało charakter klasycznie wychowawczy, polegający na pracy z ludźmi¹³. Podobnie jak większość specjalistów uważam, że edukacja, działania zapobiegawcze kształtujące wiedzę, postawy i umiejętności są w tym momencie mniej skuteczne od działań kompleksowych i środowiskowych, oczywiście w specyficznej perspektywie wyników badań ewaluacyjnych. Istotnie, z tego punktu widzenia lepiej jest działać przez ograniczanie podaży niż popytu. Jednak natura człowieka, który jest ostatecznie transcendentny wobec otoczenia społecznego (jest osobą), domaga się wyrażnie również działań o charakterze wychowawczym. Na jakimś etapie tej działalności dochodzimy do punktu, w którym ponownie ukazuje się niezbędność działań pedagogicznych, pracy z ludźmi, profilaktyki opartej na bezpośrednim kontakcie z wychowankami, i wraca pytanie o „zwyczajną” profilaktykę skierowaną wprost do wychowanków, od człowieka do człowieka.

Czy zatem można sobie wyobrazić taki rodzaj działania, który spełni wspomnianą „utopię” profilaktyczną? I będzie zarazem: skuteczny, masowy, krótki, nie tak bardzo skomplikowany w stosowaniu i tani? Czy tylko złe wpływy stać na taką nowoczesność widoczną w reklamie i promocji?

¹³ Usiłowania te zapoczątkowane były wdrożeniem pierwszego z programów „krótkiej interwencji profilaktycznej w grupie” pod nazwą Program Profilaktyczny „Noe” w 1992 roku (K. Wojcieszek. *Noe* cz. I i II, Warszawa 1997, s. 136, wcześniejsza wersja wydana w 1993 roku), a następnie kontynuowane poprzez takie programy, jak „Korekta”, „Debata”, „Szlaban”, „Smak życia” i inne podobne. Przegląd w: K. Wojcieszek. *Rozwój programów profilaktycznych w Polsce*. W: A. Margasiński, B. Zajęcka, (red.). *Psychopatologia i psychoprofilaktyka*. Kraków 2000, s. 435–440, s. 592 oraz wydane drukiem scenariusze wspomnianych programów.

Program „Korekta” jako przykład „krótkiej interwencji profilaktycznej w grupie”

Program profilaktyczny „Korekta” wydaje się spełniać te wygórowane wymagania¹⁴. Jest krótki – trwa od 1,5 do 3 godzin, choć może być niekiedy wydłużony nawet do kilkunastu godzin, jeżeli zachodzą specyficzne potrzeby. Ma charakter interwencji, czyli jest skierowany do tych, którzy już podejmują ryzykowne zachowania, ale również mogą w nim brać udział osoby z kręgu profilaktyki uniwersalnej (postać edukacyjna programu). Ma charakter profilaktyczny, gdyż jednym z celów jest zmniejszenie prawdopodobieństwa strat i szkód alkoholowych wśród uczestników, związane z pośrednim celem, jakim jest moderacja używania alkoholu do poziomu akceptowalnego społecznie, i dokonuje się w grupie, co pozwala wykorzystać naturalne mechanizmy psychologiczne zachodzące w grupie jako takiej. Prowadzi go jedna lub (niekiedy) dwie osoby, co czyni program dość ekonomicznym. Ponadto ma jeszcze jedną ważną cechę – jest prosty w wykonaniu, gdyż większość ciężaru pracy jest przeniesiona na samych uczestników. Liczba uczestników może się kształtować różnie od 10–15 do kilkudziesięciu osób jednocześnie¹⁵. Co ważne, większa grupa nie zmniejsza wpływu programu, a nawet go nieco ułatwia, ze względu na komfort anonimowości dla uczestników. Te wszystkie cechy program zawdzięcza swojej specyficznej strukturze, która przede wszystkim liczy się ze zjawiskiem dysonansu poznawczego, jaki powstaje w tego typu pracy, i w zwykłym trybie zawsze uruchamia opór uczestników. Tutaj opór ten jest minimalizowany, a zjawisko dysonansu wykorzystane w celu dynamizowania pracy. Jakie cechy programu zapewniają mu taką specyfikę? Program jest w całości „zaktywizowany”, czyli prowadzony konsekwentnie za pomocą metod aktywizujących: pytań cyrkulacyjnych, gier dydaktycznych, miniwykładów, scenek quasidramowych, testów psychoedukacyjnych i tym podobnych elementów. Ma bardzo dynamiczną strukturę, bez dłużyzn, co przez cały przeciąg programu nie pozwala uczestnikom nudzić się i rozpraszać. I co ciekawe – jest akceptowany przez uczestników, którzy są zadowoleni z jego przebiegu i z faktu uczestnictwa w nim. Średnia skala zadowolenia mierzona w skali szkolnej (1–6) rozciąga się od minimum 3,8 do 5,8 punkta, najczęściej jest to 4,5–5,5 punkta. O walorach realizacyjnych programu świadczy też stała jego kontynuacja i rozwój – jest wykorzystywany w praktyce już od wielu lat, a zasięg środowisk, które z niego korzystają zwiększa się¹⁶. Jego struktura stała się też modelem dla wielu innych podobnych struktur edukacyjnych. Co ważne z punktu widzenia resocjalizacji, program powstał w środowiskach o podwyższonym ryzyku alkoholowych zachowań

¹⁴ K. Wojcieszek. *Korekta – program profilaktyczny w dziedzinie problemów alkoholowych, przeznaczony do pracy z młodymi dorosłymi, w tym z żołnierzami zasadniczej służby wojskowej*. Wyd. II. Warszawa, Wyd. M/M 2004, s. 33.

¹⁵ Zdarzały się realizacje dla 100 i więcej osób. W przypadku większej grupy lepiej, gdy program prowadzą 2 osoby.

¹⁶ K. Wojcieszek. *Wokół „Korekty”*. „Remedium” 2002, nr 2 (103) s. 22–23.

problemowych, mianowicie w wojsku. Aktualne badania problemów alkoholowych wojska prowadzone na świecie wykazują dobitnie, że jest to „zawodowa grupa ryzyka”. W Wielkiej Brytanii aż 2/3 zawodowych wojskowych wykazuje picie problemowe, jeśli mierzyć je narzędziami aplikowanymi cywilom¹⁷. Nawet kobiety pracujące w brytyjskich siłach zbrojnych prezentują większy poziom tych zachowań niż cywile – mężczyźni. Podobnie jest w innych armiach. Zatem wojsko jest klasycznym terenem oddziaływań o charakterze interwencyjnym, można rzec resocjalizacyjnym w szerokim sensie tego terminu. I właśnie dla tego rodzaju grupy ryzyka powstał program. Od czasu swego powstania wkroczył do wielu innych środowisk, jednak zawsze były to środowiska bliższe profilaktyce selektywnej niż uniwersalnej. Można zatem uznać program za konkretne narzędzie resocjalizacyjne.

Przebieg programu

Analiza struktury tego narzędzia ukaże jego specyficzne cechy. Program opiera się na krótkiej liście kolejno wykonywanych działań, których sekwencja jest ściśle określona. Jest to zatem program ustrukturalizowany, proste narzędzie. W związku z tym mogą go wykonywać osoby nieco słabiej przygotowane, chociaż oczywiście nie zupełni ignoranci. Nie jest jednak tak, aby program wymagał jakiejś kolosalnej wiedzy czy umiejętności. Wymagania są wyraźnie zdefiniowane i jasno wyrażone przez autora w podręczniku. Warto dodać, że program z góry był przygotowywany jako prosta struktura, coś w rodzaju „profilaktycznego kałasznikowa”, żeby posłużyć się żartobliwym porównaniem. I takim się istotnie okazał.

Można pokazać strukturę programu poprzez listę pytań, jakie prowadzący kolejno zadaje grupie. Oto taka przykładowa lista pytań kierunkujących pracę grupy:

1. Czy wiecie, co to jest alkohol etylowy i napoje alkoholowe?
2. Jakie korzyści odnosimy z powodu używania alkoholu?
3. Jakie straty odnosimy z powodu używania alkoholu?
4. Czy zgromadzone propozycje z obu list są słuszne, skoro są wzajemnie sprzeczne?
5. Co przeważa: korzyści czy straty (GŁOSOWANIE)?
6. Kto z obecnych jest abstynentem (czyli jest wyłączony ze strat)?
7. Jak wyjaśnić fakt, że większość zebranych uznaje przewagę strat, a mimo to pije?
8. Czy Wasza teza, że umiarkowane picie minimalizuje straty jest słuszna?
9. Czy wszyscy tutaj obecni piją umiarkowanie?

¹⁷ Fear N.T., Iversen A., Meltzer H., Workman L., Hull L., Greenberg N., Barker C., Browne T., Earnshaw E., Horn O., Jones M., Murphy D., Rona R., Hotopf M., Wessely S. *Patterns of drinking in the UK Armed Forces*. „Addiction” 2007, vol. 102, 1749–1759. Na temat sytuacji w Polsce patrz: Fijałkowska S., Tomaszewska I. *Problemy alkoholowe w profesjonalnej armii*. „Świat Problemów” 2010, nr 6 (209), s. 34–37.

Test AUDIT jako zobiektywizowana odpowiedź ilustrująca stan grupy.

10. Co to znaczy: pić z umiarem (reguły tzw. rozsądnego picia)?

11. Czy wiesz, jakie stężenie w promilach miałeś przy ostatniej okazji?

12. Co zrobić, jeżeli picie staje się problemem? (rekomendacje).

Jak łatwo zauważyć, lista układa się w pewien proces „majeutyczno-elektyczny”, wzorowany na dyskursie typu sokratejskiego¹⁸ i pozwala przenieść ciężar zmagających profilaktycznych na barki uczestników, przy czym kolejność i charakter pytań nie są przypadkowe. W środku programu następuje spiętrzenie okoliczności wzmagających dysonans poznawczy u uczestników, ale ten psychologiczny fakt jest tu wykorzystany do uruchamiania zmiany postawy, stanowi energię tej zmiany, dzięki specyficznej strukturze całego spotkania. Dlaczego tak się dzieje, wyjaśnimy za chwilę.

W trakcie programu stosuje się rozmaite opisane w podręczniku dodatkowe czynności, ale najważniejsze jest wypełnienie testu przesiewowego AUDIT¹⁹. O ile mi wiadomo jest to pierwsze zastosowanie tego testu w takim kontekście (grupowym) na świecie. Pora wyjaśnić rolę dysonansu poznawczego w tej strukturze.

Konstruktywne zastosowanie dysonansu poznawczego

Zasadniczo im bardziej ktoś pije, tym większa szansa na powstanie w jego psychice dysonansu poznawczego w sytuacji WSZELKICH informacji piętnujących w jakikolwiek sposób to zachowanie. Taki efekt to istna zmora profilaktyków. Nie można poruszyć rzeczowo zagadnień profilaktycznych, żeby nie wywołać przynajmniej ukrytego oporu odbiorców edukacji. Tak się dzieje i w programie „Korekta”, tym bardziej że prowadzi się go z założenia w grupach osób pijących średnio więcej niż przeciętnie. Jak zdaniem psychologów społecznych ludzie postępują z dyskomfortem psychicznym w postaci dysonansu poznawczego?²⁰ Stosują kilka typowych strategii zaradczych:

a) strategia redukcji sygnału wywołującego dysonans (odsuwam się od źródła przykrego komunikatu lub usuwam źródło – np. niszczyć je, wyłączam się, ośmieszam je, wychodzę, zmieniam temat);

b) strategia „tak, ale...” pozornie akceptująca przykry komunikat, ale w rzeczywistości zmieniająca go na inny, już niegroźny emocjonalnie;

c) strategia zgody i zaakceptowania komunikatu wraz z koniecznymi tego skutkami (np. zmianą zachowania, poglądów, postawy).

¹⁸ I. Krońska. *Sokrates*. Warszawa, Wyd. WP 1985, s. 266.

¹⁹ Zasadniczo stosowany jest cały 10-punktowy AUDIT, ale czasami w pewnych realizacjach wystarczy skrócony do 3 pytań tzw. AUDIT C. Babor T.F., Fuente J.R., Saunders J., Grant M. *Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu AUDIT*, tł. Mira Prajsner. Warszawa, Wyd. WHO/PARPA 1998, s. 36.

²⁰ Jedną z licznych wersji opisu strategii radzenia sobie z dysonansem w: Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, tł. Zespół. Poznań 1997, s. 81–84, s. 736.

Nietrudno się domyśleć, jakie strategie ludzie stosują najchętniej. Rolą profilaktyka, świadomego faktu, że jego praca MUSI wywołać dysonans jest zmniejszenie możliwości stosowania pierwszych dwu negatywnych strategii przez uczestników spotkania, a otworzenie drogi do zastosowania trzeciej z nich – konstruktywnej. W przypadku „Korekty” zablokowanie strategii numer jeden jest o tyle proste, że w programie tym źródłem zasadniczych i najważniejszych komunikatów nie jest prowadzący, ale sami uczestnicy, czyli grupa! Wszystkie zasadnicze komunikaty perswazyjne formułowane są przez grupę w trakcie pracy! Bardzo trudno jest wyłączyć samego siebie, anulować swoje wypowiedzi, zakwestionować swoje własne tezy. Co ciekawe, te komunikaty są takie, jakich najbardziej oczekuje prowadzący, ale on je tylko potwierdza („zgadza się z grupą”!), a nie wypowiada samodzielnie. W programie tym nauczycielem jest grupa wraz z prowadzącym, a nie sam prowadzący.

W związku z tym grupa (zwłaszcza inteligentna grupa) usiłuje stosować strategię drugą – zmiany komunikatu. Przykładem jest propozycja typu: „Alkohol jest dla ludzi, jeśli pije się z głową, z rozumem, a nie z kiełbasą”. Odpowiedzią prowadzącego na tak zmieniony komunikat jest jego komunikat akceptujący, nawet niekoniecznie „pozornie akceptujący”, typu: „Tak, to PRAWDA, ale... ale nie wszyscy umieją tak robić, bo skąd brałyby się straty? Trzeba zatem sprawdzić, czy WY umiecie zachować umiar, na przykład zrobić obiektywny test”. Jest to jakby zbudowanie analogii zmienionego komunikatu. Nazywam ten typ pracy anty-auto-manipulacją, bo jego zadaniem jest uniemożliwić stosowanie „zmyłek” w postaci zmian treści komunikatów typowych dla narastającego systemu iluzji i zaprzeczeń.

Po wykonaniu AUDIT-u na tablicy sporządza się zbiorowy wykres wyników testu AUDIT, jakby swoiste lustro czy „sumienie grupy”, czyli obiektywny obraz różnicowanych zachowań poszczególnych uczestników na TLE całości. Każdy może tam siebie bezpiecznie (anonimowo) odnaleźć. Jeśli miał dużo punktów, to na nic nie przyda się dalsze zakłamywanie stanu rzeczy.

Struktura „Korekty” przypomina nieco strukturę tzw. wywiadu motywującego²¹, ale w tym sensie jest czymś nowym, że tutaj proces kontemplacji ku zmianie wzmacnia siła grupowego procesu. Interakcja obejmuje nie tylko uczestnika i prowadzącego, ale wszystkich obecnych. Każdy w końcu identyfikuje się indywidualnie na tle obrazu grupy i trudno mu jest stosować typowe mechanizmy obrony „ja”.

Po rozbrojeniu tej miny można przystąpić do konstruktywnych propozycji zmian, jako pozytywnego sposobu rozładowania dysonansu poznawczego. Następuje fascynujący fragment pracy pozytywnej, w postaci poszukiwania przydatnej wiedzy i chroniących umiejętności. Zwykle w tej fazie pracy nie ma śladu po jawnym oporze, następuje wielka otwartość i dialog z prowadzącym, który przyjmuje rolę

²¹ Szeroko na temat wzmacniania motywacji do zmiany w: W.R. Miller. *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywani substancji*, tł. Krzysztof Mazurek. Warszawa, Wyd. PARPAMEDIA 2009, s. 15 i dalej, s. 232.

motywującego przewodnika. Prawidłowe dotarcie do tego etapu powoduje, że uczestnicy bardzo sobie cenią udział w spotkaniu i wychodzą z niego zadowoleni, z mniejszą czy większą gotowością do zmiany. W każdym razie trudno im wracać do stereotypów i mitów alkoholowych (np. „Piję jak każdy, jak wszyscy”). Stoją w większej prawdzie osobistej i w większości akceptują ten stan. Oczywiście krótkość oddziaływania sprawia, że są i tacy, których mechanizmy obronne w dalszym ciągu działają silnie i oddalają ich od zmian, ale należy się z tym liczyć w przypadku tak silnie zakorzenionych zachowań ryzykownych jak picie problemowe. Jako prowadzący program „Korekta” wielokrotnie spotykałem się z licznymi przejawami spontanicznych poszukiwań konkretnej drogi wyjścia z problemów, najczęściej w formie pytań po spotkaniu czy próśb o radę lub pomoc²². „Korekta” spełniała niekiedy rolę prawdziwie błyskawicznej interwencji kryzysowej!

W krótkim artykule nie jest możliwe opisanie wielu ważnych aspektów programu, które znajdują się w podręczniku mającym już drugie wydanie²³. Program wyszedł dawno temu z koszar i stał się własnością ogólnospołeczną, cennym narzędziem pracy w grupach podwyższonego ryzyka²⁴.

Skuteczność programu

Program „Korekta” nie stawia sobie zbyt maksymalistycznych celów i nie jest zaproszeniem do czynienia profilaktycznych cudów, np. nagłych zwrotów i zmiany mocno zakorzenionych stylów życia. Mimo to wydaje się niezwykle sprawnym, jak na tak krótki czas trwania narzędziem, zapewne dzięki unikalnej, prostej strukturze. Badania ewaluacyjne programu trwają, co jak wiadomo nie jest łatwe i tanie. Z publikowanych wyników warto wskazać ocenę M. Sochockiego²⁵, która już w części wkraczała w sferę oceny wyniku (ewaluacji sumatywnej). Podobnie obiecujące są wyniki niepublikowanych badań Marii Wojcieszek czy Grzegorza Pazia, jak również autora programu. Wstępne raporty są bardzo zachęcające i uzasadniają konieczność starannego zbadania różnych aspektów wpływu tej procedury w pełnym schemacie eksperymentalnym. Pierwsze tego typu badania są zaplanowane na 2011 rok. Można zapytać, dlaczego tak późno, ale wyjaśnieniem jest charakter

²² Już na pierwszym eksperymentalnym spotkaniu zgłosiło się dwóch żołnierzy z prośbą o konsultację. I odtąd schemat ten wielokrotnie się powtarzał, a trzeba dodać, że jako autor poprowadziłem nie mniej niż około 100 tego rodzaju spotkań. Takie same są doniesienia osób, które przescholiłem do programu w kolejnych latach.

²³ K. Wojcieszek. *Wczesna interwencja. Między profilaktyką I i II stopnia*, s. 45–46. W: M. Prajsner (red.). *Młodzież z grup ryzyka. Perspektywy profilaktyki*. Warszawa, Wyd. PARPA 2003.

²⁴ K. Wojcieszek. *Standardy programów profilaktycznych dla młodzieży po inicjacji alkoholowej*. W: *Alkohol a zachowania problemowe młodzieży. Opinie i badania*. Warszawa, Wyd. PARPAMEDIA 2004, s. 67–72.

²⁵ M. Sochocki. *Ewaluacja pierwszej edycji projektu „Rewizja – Korekta”, cz. I. „Remedium” 2010, nr 4(206), s. 24–25. oraz Sochocki M. Ewaluacja pierwszej edycji projektu „Rewizja – Korekta”, cz. II. „Remedium” 2010, nr 5 (207), s. 24–25.*

programu, który powstał przecież dla konkretnej instytucji na jej zamówienie (wojsko) i dopiero po latach stał się narzędziem „cywilnym”.

Natomiast co do ewaluacji formatywnej, to można już z pewnością stwierdzić, że program spełnił pokładane w nim nadzieje. Okazał się w pełni wykonalny, intensywny, krótki, bardzo dobrze odbierany przez uczestników z grupy ryzyka, ale też przez zwyczajnych uczestników, niemających problemów alkoholowych²⁶. W jednej strukturze godzi on bowiem potrzeby obu grup, co tym bardziej godne jest zauważenia. Na koniec zaprezentuję przykładowe, ale reprezentatywne wyniki ewaluacji formatywnej dla jednej z grup dorosłych mężczyzn, mających w większości problemy alkoholowe, od małych do znacznych, wspólnie pracujących w jednej instytucji.

Skrócona prezentacja wyników oceny typowego spotkania programu „Korekta”

Zaprezentowane poniżej wyniki nie są badaniem spełniającym wymogi metodologiczne ewaluacji sumatywnej, a nawet formatywnej, gdyż odnoszą się do jednego spotkania, ale prezentuję je tutaj, gdyż w sposób klarowny ilustrują omawiane wcześniej zjawiska. Ponadto z doświadczenia realizatorów i tysięcy przejranych ankiet stosowanych po każdym ze spotkań wynika, że podany poniżej obraz jest obrazem typowym, przeciętnym. Oddaje on dobrze intuicje wykonawców programu, choć wymaga w stosownym czasie dopełnienia w postaci badań prowadzonych wedle rygorystycznej metodologii ewaluacji.

Spotkanie zaprezentowane jako przykład miało miejsce jesienią 2010 roku i było zrealizowane w typowy sposób (zgodny z podręcznikiem programu) dla grupy kilkudziesięciu (64) młodych mężczyzn (wiek 21–30 lat). Wyniki testu AUDIT wskazywały, że przynajmniej część uczestników (ok. 40%) kwalifikowała się do grupy podwyższonego ryzyka problemów alkoholowych. Oto kolejne pytania ankiety audytoryjnej zastosowanej bezpośrednio po programie i ich wyniki.

1. Ocena ogólna spotkania

„Wpisz swoją ocenę przeprowadzonego szkolenia w szkolnej skali ocen (od „1” – najgorsza, do „6” – najlepsza)”. W odpowiedzi na to pytanie respondenci najczęściej (27 wskazań) wybierali odpowiedź „6” (aż 42,2%), 26 wybrało „5” (40,6%), a 5 wskazało ocenę „4” (7,8%) oraz 2 ocenę „5,5” (3,1%). Jedynie 4 osoby (6,3% respondentów) nie udzieliły odpowiedzi. Brak było wyraźnych wskazań na niższe stopnie w skali szkolnej! Z uwagi na to, że program był prowadzony w grupie ryzyka i w pewnych fragmentach w sposób widoczny musiał powodować i powodował napięcie emocjonalne, takie wyniki są zaskakująco pozytywne. Mogą one

²⁶ Program był systematycznie rekomendowany przez PARPA i MEN na stronach internetowych tych instytucji.

oznaczając, że w toku programu napięcie zostało zneutralizowane, a proces z nim związany w dużym stopniu zamknięty.

Średnia ocena spotkania: 5,4 punkta w szkolnej skali ocen.

2. Ocena zrozumiałości treści spotkania

56 respondentów (87,5%) uznało treści spotkania za w pełni zrozumiałe, 8 zaś (12,5%) za raczej zrozumiałe. Nikt nie zaznaczył takich opcji jak „trudno powiedzieć”, „treści raczej niezrozumiałe” i „treści całkowicie niezrozumiałe”.

Taki wynik wskazuje na to, że zastosowana konstrukcja programu i wybrany stopień szczegółowości poszczególnych elementów były niezwykle komunikatywne. Wiele elementów było realizowanych metodami aktywizującymi, które ułatwiają recepcję treści, a część opierała się na wykorzystaniu wiedzy i doświadczeń alkoholowych respondentów.

3. Przydatność osobista zajęć

„Oceń w skali szkolnej 1–6 przydatność osobistą zajęć (przydatność dla Ciebie)”. Uczestnicy spotkania wysoko ocenili osobistą przydatność zajęć w szkolnej skali ocen. 20 wskazało ocenę „6” (31,3%), 22 ocenę „5” (34,4%), 10 ocenę „4” (15,6%), 9 ocenę „3” (14,1%), 2 osoby ocenę „2” (3,1%), jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi.

Jak widać, oceny „osobistej przydatności” były bardziej zróżnicowane niż ogólnie pozytywna ocena całości. To zrozumiałe, gdyż tak zadane pytanie bardziej precyzyjnie wskazuje na stosunek respondenta do omawianych problemów i może odzwierciedlać w sposób pełniejszy rozmaite napięcia poznawcze i ambiwalencję towarzyszącą uczestnictwu. W jakiś sposób też pytanie to może być rozumiane jako obrazujące skalę osobistych problemów alkoholowych respondenta. Stąd ostrożniejsze oceny i pojawienie się oznak odrzucania komunikatów programu. Za takie można uważać oceny 12 osób. Jednak jeśli zważymy, że aż 40% uczestników mogło mieć problemy alkoholowe (biorąc pod uwagę wyniki testu AUDIT w trakcie programu), to okazuje się, że nawet w tej grupie problemowo pijących pojawiły się osoby akceptujące komunikaty profilaktyczne.

4. Przydatność zawodowa

„Oceń w skali szkolnej 1–6 przydatność zawodową zajęć”.

To polecenie pojawiło się w ankiecie, gdyż zajęcia były prowadzone w środowisku pracy respondentów. W środowisku tym problemowe picie alkoholu nie jest akceptowane i formalnie może być przyczyną poważnych trudności włącznie z utratą pracy w skrajnych przypadkach. Dlatego też to pytanie miało specjalny charakter. Nie byłoby dziwne, gdyby uczestnicy jakoś bojkutowali zajęcia, identyfikując je ze zwyczajną interwencją karną pracodawcy. A jednak tak się nie stało. 19 z nich wskazało ocenę „6” (29,7%), 32 ocenę „5” (50%), 9 ocenę „4” (14,1%), po jednym oceny „3”, „2”, „1”, i brak oceny. Taki wynik świadczy wymownie o dużej

identyfikacji z celami programu ujmowanymi w duchu amerykańskich EAP (Opiekuńczych Służb Pracowniczych).

5. Poziom przygotowania i jakość pracy prowadzących

„Oceń w skali szkolnej (1–6) kompetencje i przygotowanie prowadzących”. Uczestnicy w zdecydowanej większości zaakceptowali sposób prowadzenia zajęć, gdyż aż 42 osoby były skłonne ocenić go na „6” (85,6%), 2 osoby na „5,5” (3,1%), 17 osób na „5” (26,6%), 2 osoby na „4” (3,1%) i jedna brak wskazania.

Ten wskaźnik jest o tyle interesujący, że w przypadku trudnych zadań profilaktycznych, a takim jest z pewnością praca z grupą podwyższonego ryzyka, wysoka jakość pracy prowadzących ma duże znaczenie, gdyż utrudnia zastosowanie niekonstruktywnych form redukcji napięcia dysonansowego w postaci odrzucenia źródła niewygodnych treści. Sprawność prowadzących blokuje w jakimś stopniu tendencję do ich zignorowania.

6. Gotowość do kontynuacji zajęć

„Czy chciałbyś wziąć udział w kolejnych tego rodzaju zajęciach rozszerzających zagadnienie różnych problemów społecznych?”

To bardzo ciekawe pytanie, gdyż ujawnia faktyczną otwartość uczestników na pracę we wskazanym obszarze rozwoju osobistego. Aż 54 osoby (84,4%) potwierdziły chęć uczestnictwa w kolejnych tego typu spotkaniach. Tylko 3 wskazały, że nie chcą tego, a 7 wstrzymało się. Zatem na 64 uczestników tylko 10 osób nie weszło w trwałą relację z prowadzącymi i nie chciało kontynuować tego rodzaju doświadczenia.

7. W pytaniu otwartym „Jakie elementy zajęć uważasz za najbardziej przydatne?” odpowiedzi udzieliło 58 osób, a nie udzieliło 6 osób. Wskazywano na następujące elementy programu:

- a) wszystkie elementy, wszystko ogólnie, całość, cała problematyka – 15 wskazań
- b) test AUDIT – 25 osób
- c) dyskusje, rozmowy – 4 osoby
- d) dane statystyczne – 3 osoby
- e) analiza strat, skutki picia – 8 osób
- f) obrazowe wytłumaczenie problemu, poszerzenie wiedzy – 8 osób
- g) obrazowe wytłumaczenie problemu, poszerzenie wiedzy – 5 osób
- h) rys historyczny – 2 osoby
- i) brak wypowiedzi – 6 osób

Ponadto pojedynczo wymieniano: jasne przedstawienie strat, wiedza o alkoholu, sposoby radzenia sobie ze stresem, negatywny wpływ piwa na potencję, sprowadzenie tematu do samooceny, różnorodność informacji, ciekawe przykłady, obalanie mitów, dialog, duża wiedza prowadzących, zwiększenie świadomości strat, wiedza o związkach chemicznych po spożyciu alkoholu, analiza szkodliwości spożywania

alkoholu, przeliczanie stężenia alkoholu we krwi, historie z życia i inne elementy. Jeden z uczestników napisał w ankiecie: *Jedne z najlepszych zajęć profilaktycznych, na jakich byłem i brałem udział, dużo wyniosłem z zajęć i dużo się dowiedziałem o problemach alkoholowych, wszystko było ciekawe.*

Jak widać, najcenniejsza dla uczestników była możliwość identyfikacji miejsca, w jakim się znajdują z punktu widzenia problemów alkoholowych, co obrazuje pewien niepokój wewnętrzny, być może związany z uczestnictwem w środowisku, które ma jako takie wyraźnie wyższe wskaźniki zachowań problemowych. Pytanie: „Czy mnie to dotyczy? Czy mnie może się TO zdarzyć?” tkwi w respondentach i gdyby nie było możliwości autodiagnozy opartej na teście przesiewowym, to informacje o stratach alkoholowych byłyby może przeciwproduktywne profilaktycznie.

8. Pytanie otwarte o elementy negatywne w programie: „Czy jakieś elementy zajęć były zbędne, do pominięcia w przyszłości?”

W tym pytaniu mógł się również odzwierciedlać opór uczestników. Tymczasem nikt nie wpisał jakichkolwiek konkretnych wskazań w tym pytaniu otwartym. 21 osób wpisało kreskę, 29 słowo „nie”, 3 słowo „brak”, a 7 „raczej nie”.

Ponadto wpisano: wszystko było ciekawe, nie było takich elementów, nie było elementów zbędnych, próby moralizatorskie (1), wszystkie elementy wymienione i powiedziane były przydatne, wszystko, co było powiedziane na zajęciach, było przydatne, nie było zbędnych, wszystko jest istotne, nie zauważyłem.

9. Pytanie otwarte o ewentualne uzupełnienia: „Czy jest coś, o co trzeba uzupełnić tego rodzaju zajęcia?”

Słowo „nie” – 23 osoby, opuszczenie – 17 osób, 3 – „raczej nie”. Ponadto wpisano: nie trzeba, chyba nie, tak 1, można jeszcze uzupełnić zajęcia o inne uzależnienia i znaleźć jakieś filmy, mniej teoretyzowania, więcej praktycznych wiadomości, raczej wszystko było powiedziane, myślę, że nie, statystyki wypadków drogowych pod wpływem alkoholu, drugi test dla pokazania różnic i prawdopodobieństwa trafności, zakres w teście powinien być przesunięty odrobinę w prawo (czyli łagodniejszy), rysunek buźki z internetu, ciężko powiedzieć, film o tym, jak wygląda alkoholik w społeczeństwie, następstwa prawne, odpowiedzialność karna za wykroczenia po alkoholu, udział osób walczących z problemem alkoholowym – alkoholików, rodzaj radzenia sobie z problemem, bo jest to najczęściej jedyna okazja do rozmowy z ekspertem, praktyczne rozmowy osób będących alkoholikami, najważniejsze zostało powiedziane, więcej godzin, więcej czasu.

10. Pytanie zamknięte: „Czy takie zajęcia powinny być od czasu do czasu prowadzone w Pana instytucji?”

Na tak postawione pytanie aż 59 na 64 osoby odpowiedziało twierdząco (92,2%).

Należy podkreślić, że prezentowane wyniki ukazują bardzo duży stopień akceptacji uczestników dla treści i przebiegu programu. Zważywszy na fakt, że znaczna część z nich musiała w pewnych fragmentach pracy odczuwać silny dysonans poznawczy i czuć się nieprzyjemnie, osiągnięty końcowy rezultat jest specjalnie wyrazisty. Można założyć, że wstępne hasło „alkoholowy program profilaktyczny” nie wzbudza w uczestnikach początkowego entuzjazmu, zatem ukazana w wynikach akceptacja była wypracowana już w trakcie programu. Można nawet mówić o pozytywnym zaskoczeniu programem, jego przebiegiem i treściami. I chyba słowo „pozytywne zaskoczenie” jest tu jak najbardziej na miejscu. To znaczny odsetek konstruktywnych wypowiedzi w pytaniach otwartych, gdzie uczestnicy nawet włączyli się w projektowanie przyszłych spotkań, widocznie uznając program za pożyteczny.

Prezentowany wynik nie jest formalnie reprezentatywny, gdyż dotyczy jednego spotkania i ograniczonej liczby osób. Mimo to zaprezentowanie go Czytelnikowi jest wartościowe, bo odzwierciedla dobrze przebieg i recepcję zdecydowanej większości tego rodzaju spotkań w ramach programu profilaktycznego „Korekta”. Krótkie badanie jest prowadzone zawsze, po każdym spotkaniu w podobnym środowisku od wielu lat, a zatem materiał znany autorowi obejmuje w gruncie rzeczy opinie kilku tysięcy osób i choć dotychczas nie był ujęty w formalnie uporządkowane zestawienie, to jednak realizatorzy wyrobili sobie na podstawie takich pytań opinię o recepcji swej pracy. Opinia ta jest pozytywna. Większość realizowanych zajęć ocenianych bezpośrednio po spotkaniu za pomocą takiej i podobnych ankiet przynosi analogiczne do opisanych wyniki, które ukazują bardzo pozytywny odbiór treści programu przez uczestników, co wskazywałoby na skuteczne porządzenie sobie przez prowadzących ze stałym tematem dysonansu poznawczego w edukacyjnych zajęciach profilaktycznych. Oczywiście zdecydowanie konieczne jest przeprowadzenie pełnego i poprawnego metodologicznie badania, i w tym świetle można traktować powyższe wyniki jedynie jako wskazówkę i zachętę, za prosty pilotaż. Zbliżył się do tego celu Sochocki w cytowanych już badaniach, ale w tym przypadku program miał nieco zmienioną strukturę dostosowaną do młodszych odbiorców. Jak wspomnieliśmy, trwają aktualnie dobrze zaplanowane badania klasycznej „Korekty” i być może już w tym roku ujrzą światło dzienne pierwsze dostępne raporty ewaluacji sumatywnej programu.

Zastosowanie „Korekty” w systemie polskiej resocjalizacji – rekomendacje

Zaprezentowany program nie zastąpi innych koniecznych działań, w szczególności nie zastąpi terapii w przypadku osób uzależnionych. Nie jest też uniwersalną receptą na działanie resocjalizacyjne. Jest za to warunkiem niezbędnym w koniecznym

systemie działań resocjalizacyjnych, gdyż w sposób efektywny przygotowuje grunt pod bardziej zasadnicze posunięcia. Specjalne zastosowania programu mogą dotyczyć zwłaszcza młodych ludzi, zarówno w resocjalizacji zamkniętej, jak i otwartej. W przypadku zastosowania programu w instytucjach penitencjarnych warto docenić jego rolę nie tylko w pracy z osadzonymi, ale też z kadłą. Jestem zwolennikiem całościowej pracy profilaktycznej, która obejmuje nie tylko wychowanków, ale i wychowawców. Program nadaje się do zastosowania masowego w dużej skali. Jako taki może być traktowany jako intensywna edukacja publiczna i ważny wkład w poprawę losu wielu osób, które swą wiedzę i umiejętności alkoholowe czerpią wyłącznie z własnych, często niefortunnych eksperymentów. Szczególnie cenne jest to narzędzie tam, gdzie okoliczności narzucają ograniczenia czasowe, a jednocześnie dają możliwość sprawnego zgromadzenia uczestników. Stąd przydatność programu wszędzie tam, gdzie organizacja zapewnia funkcjonowanie grup: w starszych klasach szkół ponadgimnazjalnych, w służbach mundurowych, w instytucjach resocjalizacyjnych. Program daje pewną niewielką, ale konkretną i cenną szansę pozytywnych zmian jednostek i społeczności. Warto z niej skorzystać.

Streszczenie

Osoby z diagnozą niedostosowania społecznego często piją napoje alkoholowe w sposób problemowy (ryzykowny, szkodliwy lub uzależniony). Z tego powodu istnieje stałe zapotrzebowanie na stosowne procedury profilaktyczne w ramach profilaktyki selektywnej i dedykowanej. Jedną z takich procedur opracowanych na potrzeby wojska jest program profilaktyczny „Korekta”. Ma on charakter oddziaływania nazwanego tu „krótką interwencją profilaktyczną w grupie”, a jego struktura pozwala na omijanie typowych przeszkód spotykanych w pracy profilaktycznej w postaci efektów dysonansu poznawczego i wynikającego z niego oporu odbiorców oddziaływań. Specyficzna konstrukcja programu sprawia, że jego uczestnicy mają ograniczoną możliwość stosowania niekonstruktywnych strategii rozładowywania napięcia (wynikającego z dysonansu poznawczego) wywołanego konfrontacją między ich stylem życia a wiedzą o potencjalnych stratach alkoholowych. Zbliża ich to do zmiany stylu życia (faza kontemplacji wg modelu Prochaski) w wyniku stosowania konstruktywnych strategii rozładowania napięcia wywołanego dysonansem poznawczym. Dzięki takim rozwiązaniom program jest w wysokim stopniu akceptowany przez uczestników, co ukazują wyniki ewaluacji formatywnej i co jest swoistym paradoksem profilaktycznym. Rekomenduje się systematyczne stosowanie tego narzędzia w systemie resocjalizacji.

Abstract

Short preventive intervention in a group
– a constructive use of cognitive dissonance in prevention
for an increased risk group, using the example
of the “Korekta” [Correction] program

People socially maladjusted often drink alcohol-containing drinks in a problematic manner (risky, harmful or addictive). Thus there is continuous need for appropriate selective and dedicated prevention. One of such procedures, developed for the military, is the „Korekta” program. It is a therapeutic treatment here referred to as a „short preventive intervention within a group”, and its structure enables to circumvent the typical obstacles encountered during preventive work, such as the effects of cognitive dissonance and the resulting resistance from the ones being treated. The specific structure of the program is the reason why the participants have got a limited possibility to use unconstructive strategies aiming at releasing the tension (resulting from the cognitive dissonance) caused by the confrontation between their lifestyle and their knowledge of potential losses caused by drinking alcohol. It brings them closer to changing their lifestyle (contemplation phase according to Prochaski model) as a result of using constructive strategies of releasing the tension caused by the cognitive dissonance. Thanks to such solutions the program is highly accepted by the participants, what is shown in formative evaluation scores and what is a sort of a paradox of prevention. It is recommended to apply this tool systematically in the resocialization system.

Bibliografia

- Alkohol a zachowania problemowe młodzieży. Opinie i badania.* Warszawa, Wyd. PARPAMEDIA 2004.
- Anderson P., Baumberg B. *Alkohol w Europie.* Raport z perspektywy zdrowia publicznego. Warszawa 2007, s. 332.
- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M. *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, tł. Zespół. Poznań 1997, s. 736.
- Babor T.F., Fuente J.R., Saunders J., Grant M. Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu AUDIT, tł. Mira Prajsner. Warszawa, Wyd. WHO/PARPA 1998, s. 36.
- Grzelak S. *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce.* Wyd. 1 rozsz. Kraków 2006, s. 311.
- Fear N.T., Iversen A., Meltzer H., Workman L., Hull L., Greenberg N., Barker C., Browne T., Earnshaw E., Horn O., Jones M., Murphy D., Rona R., Hotopf M., Wessely S. *Patterns of drinking in the UK Armed Forces.* Addiction 2007, vol. 102, 1749–1759.
- Fijałkowska S., Tomaszewska I. *Problemy alkoholowe w profesjonalnej armii.* „Świat Problemów” 2010, nr 6 (209), s. 34–37.
- Krońska I. *Sokrates.* Warszawa, Wyd. WP 1985, s. 266.
- Margasiński A., Zajęcka B., (red.). *Psychopatologia i psychoprofilaktyka.* Kraków 2000, s. 592.
- McWhirter J.J., McWhirter B.T., McWhirter A.M., McWhirter E.H. *Zagrożona młodzież*, tł. Helena Grzegółowska-Klarkowska, A. Basaj. Warszawa, Wyd. PARPA 2001, s. 527.
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z. *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka.* Warszawa, Wyd. IPZ 2006, s. 419.
- Miller W.R. *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywani substancji*, tł. Krzysztof Mazurek. Warszawa, Wyd. PARPAMEDIA 2009, s. 232.

- Ostaszewski K. *Zmiany w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych. Badania mokotowskie*. „Alkoholizm i Narkomania” 1998, nr 30 (1), s. 41–56.
- Ostaszewski K. *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*. Warszawa, Wyd. Scholar 2003, s. 299.
- Prajsner M. (red.). *Młodzież z grup ryzyka. „Perspektywy profilaktyki”*, Warszawa, Wyd. PARPA 2003.
- Pytko L. *Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*. Warszawa, Wyd. APS 2005, s. 432.
- Raport o stanie zdrowia na świecie 2002. Analiza zagrożeń, promocja zdrowia, tł. A. Basaj, Warszawa, Wyd. PARPA 2003, s. 293.
- Sochocki M. *Ewaluacja pierwszej edycji projektu „Rewizja – Korekta”, cz. I. „Remedium”* 2010, nr 4(206), s. 24–25.
- Sochocki M. *Ewaluacja pierwszej edycji projektu „Rewizja – Korekta”, cz. II. „Remedium”* 2010, nr 5(207), s. 24–25.
- Tatarsky A. *Redukcja szkód w psychoterapii. Nowe podejście w leczeniu uzależnień od narkotyków i alkoholu*, tł. P. Nowocień. Warszawa, Wyd. KBdsPN 2007, s. 286.
- Wojcieszek K. *Noe*, cz. I i II, Warszawa 1997, s. 136.
- Wojcieszek K. *Wokół „Korekty”*. „Remedium” 2002, nr 2 (103) s. 22–23.
- Wojcieszek K. *Korekta – program profilaktyczny w dziedzinie problemów alkoholowych, przeznaczony do pracy z młodymi dorosłymi, w tym z żołnierzami zasadniczej służby wojskowej*. Wyd. II. Warszawa, Wyd. M/M 2004, s. 33.