

## Trening umiejętności społecznych - doświadczenia własne

*Social skills training - the authors' clinical experiences*

JOANNA MEDER, MARYLA SAWICKA, OLSZYNA WACHOWIAK

*Z Zakładu Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie*

**STRESZCZENIE.** Model treningu umiejętności społecznych stosowany jest w Oddziale Dziennym Rehabilitacji już od kilku lat. Niżej przedstawiamy tekst jest próbą podzielenia się doświadczeniami oraz radami dla osób postępujących się tą metodą. Trening umiejętności społecznych ma ściśle ustalony, powtarzalny schemat. Jest metodą dyrektywną, a dzięki bogatym i bardzo szczegółowym instrukcjom - łatwą do stosowania.

**SUMMARY.** The social skills training module has been applied in the Rehabilitation Day Center for some years now. The authors share their clinical experience with users of this method, giving them some helpful suggestions. The social skills training follows a strictly defined, repeatable schedule. It is a directive method, easily implemented due to abundant and very detailed guidelines.

---

**Słowa kluczowe:** trening umiejętności społecznych / trening prowadzenia rozmowy / trening rozwiązywania problemów

**Key words:** social skills training / conversation skills training / problem solving skills training

---

### CHARAKTERYSTYKA METODY

Metoda treningowa stosowana jako procedura leczenia najogólniej mówiąc - ludzi niedostosowanych, ma ponad czterdziestoletnią historię. Na początku była to technika stosowana wobec pacjentów z rozpoznaniem nerwicy i służyła redukcji ich lękowych i nieadaptacyjnych zachowań. W pierwszych latach stosowania treningów preferowano pracę indywidualną z pacjentem, z czasem jednak zauważono, że terapia grupowa przy usuwaniu deficytów w kontaktach interpersonalnych jest bardziej skuteczna (3,6,10).

Metoda treningów stosowana przez terapeutów o różnej orientacji prowadziła do powstania nowych technik oddziaływania psychologicznego. Jak wykazują badania porównawcze najowocniej wykorzystywane są techniki behawioralne.

Dobór metod używanych podczas treningów behawioralnych uzależniony jest od potrzeb osób w nich uczestniczących - inne dla

ludzi zdrowych, którzy chcą pogłębić swoje umiejętności zawodowe, inne dla ludzi z zaburzeniami psychicznymi.

W latach siedemdziesiątych powstała technika nazywana "treningiem umiejętności społecznych" (2), wcześniej używano terminów "ustrukturuwana terapia oparta na teorii uczenia" (4) czy też "trening efektywności osobistej" (6).

Trening umiejętności społecznych jako technika behawioralna oparta jest o teorię uczenia się i strategię rozwiązywania problemów. Relacje terapeuty - pacjent zostały zastąpione układem "nauczyciel - uczeń", jak chce Herbert Fenterheim (8) lub "trener - podopieczny" u Libermana (7).

Trening umiejętności społecznych ma ściśle ustalony, powtarzalny schemat. Jest więc metodą wysoce dyrektywną, gdzie systematycznie operuje się takimi technikami jak: odgrywanie ról, modelowanie, udzielanie wzmocnień i informacji zwrotnych, stopniowe stosowanie wzmocnień, aktywne sekundowa-

nie pacjentowi, podpowiadanie i przydzielanie zadań domowych ( 2 ).

Model treningu umiejętności społecznych stosowany w Oddziale Dziennym Rehabilitacji IPIŃ został dostosowany do specyfiki funkcjonowania przewlekle chorych pacjentów z rozpoznaniem schizofreni. Szczegółowa analiza społeczno-demograficzna typowej próby znajduje się w innej pracy (10). Obecnie także jesteśmy w trakcie badań katamnetycznych, które być może dadzą nam odpowiedź na pytania dotyczące trwałości obserwowanych przez nas zmian. Podstawowe zasady prowadzenia treningów umiejętności społecznych dla tego rodzaju pacjentów wynikają z samego przebiegu tej choroby i jej konsekwencji.

## ZASADY PROWADZENIA TRENINGÓW UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH

1. Trening należy podjąć dopiero po nawiązaniu przymierza terapeutycznego. Terapeuta musi stworzyć bezpieczny klimat, w którym pacjent nie będzie się czuł zagrożony dyrektywną formą zajęć i zdobędzie się na próbę przełamania swojej bierności. Ważne jest zatem, aby udzielać pozytywnych wzmocnień za każdą podjętą aktywność, dostrzegać i nagradzać drobne nawet zmiany w pożądanym kierunku.
2. Trening rozpoczyna się po ustąpieniu ostrych objawów psychozy, gdy pacjent zdolny jest do nawiązywania logicznego kontaktu z otoczeniem. Przewlekłe objawy nie są przeciwwskazaniem do treningu pod warunkiem, że nie rozpraszają nadmiernie uwagi pacjenta.
3. Trudności pacjenta formułuje się w kategoriach operacyjnych, jako przejaw braków w zakresie konkretnych umiejętności, np. destrukcyjne zachowania jako umiejętność wyrażania negatywnych emocji. Diagnoza uwzględniać musi oprócz deficytów również mocne strony - wiedza, zainteresowania, zachowane zdolności, a także zasoby

otoczenia, czyli gotowość i możliwości udzielenia pacjentowi pomocy.

4. Cele treningu muszą być sformułowane jasno i konkretnie, przy udziale pacjenta i jego najbliższego otoczenia. Należy je dobrać do zdarzeń i zachowań występujących z dużą częstotliwością w codziennym życiu, utrudniających adaptację pacjenta w jego społecznym środowisku, uwzględniając jednocześnie cele życiowe jakie pragnie on osiągnąć. Należy je rozkładać na cele etapowe, realne do osiągnięcia w ograniczonym czasie.
5. Poszczególne fragmenty treningu są zawsze z góry zapowiedziane, każde kolejne ćwiczenie poprzedzone jasną, zwięzłą instrukcją. Trener posługuje się licznymi pomocami wizualnymi, aby ułatwić koncentrację uwagi ćwiczących na treści zajęć.
6. Terapeuta układa sceny, udziela informacji zwrotnych, aktywnie sekunduje w trakcie odgrywania ról, podpowiada, stosuje modelowanie, cierpliwie powtarza ćwiczenia, przydziela zadania domowe i niekiedy sam towarzyszy pacjentowi podczas ćwiczeń w warunkach naturalnych.
7. Nieodzownym składnikiem treningu jest pomiar zmian zachodzących w toku ćwiczeń oraz ich trwałości i generalizacji.

## NASZE DOŚWIADCZENIA

Powyższe zasady prowadzenia treningu, w trakcie czterech lat pracy uległy pewnym modyfikacjom, z zachowaniem ogólnych ram. Zmiany które wprowadziliśmy i wprowadzamy nadal, wynikają z różnych przemian, jakim podlegają osoby uczestniczące w treningu - zarówno terapeuci jak i pacjenci, oraz stale zmieniające się warunki zewnętrzne.

Niezmiennie jednak każde spotkanie treningowe rozpoczyna się od przypomnienia celów treningu oraz- w oparciu o przykłady z codziennego życia - omówienia korzyści jakie mogą wynikać z ćwiczenia sprawności komunikowania się z ludźmi. Przypominamy również niektóre elementy rozmowy ułatwiające

kontakt ( mimika, gestykulacja, kontakt wzrokowy, głośność i jasność wypowiedzi, postawa ciała ). Następnie przypominamy kolejność występujących po sobie elementów treningu, a kładziemy szczególny nacisk na ścisłe przestrzeganie zapowiedzianego schematu. Terapeuta omawia z każdym uczestnikiem zajęć okoliczności życiowe, które sprawiają mu trudność, wywołują zagrożenie, bezradność czy lęk. Nazywa się je sytuacjami trudnymi. W celu określenia czym są i jakie to są sytuacje trudne w ujęciu pacjentów, przeprowadziliśmy sondaż wśród pacjentów warszawskich oddziałów dziennych. Dało to nam pewien obraz hierarchii ważności problemów z jakimi styka się ta grupa pacjentów psychiatrycznych w codziennym życiu. Wykorzystując te wiadomości nagraliśmy do celów treningu, na video szereg scenek modelowych, obrazujących różne, trudne sytuacje, opisywane przez pacjentów ( 9 ). W ten sposób powstał swoisty "bank sytuacji trudnych" uzupełniany, w miarę potrzeb sygnalizowanych przez aktualne grupy treningowe. Tematyka nagranych scenek dotyczy problemów zdarzających się w różnych sytuacjach codziennych: w rodzinie, wśród znajomych, w pracy, sklepie, urzędzie, na ulicy. Wszystkie te sytuacje wymagają umiejętności zdobywania informacji, prowadzenia rozmowy, kontynuowania i zmiany tematu, prośbienia o pomoc, odmawiania bez urażenia rozmówcy itp.

Oglądane na wideo scenki pomagają skonkretyzować i zanalizować sytuację, kiedy terapeuta naprowadza ćwiczącego poprzez proste pytania:

---

gdzie i kiedy ?,  
 kto w niej uczestniczy ?,  
 do czego dąży pacjent ?,  
 jakie są jego prawa i obowiązki wobec partnera,  
 z jakimi się to wiąże emocjami ?,  
 jakie potrzeby chciałby wyrazić ?.

---

Definiowanie problemu kończy się jednoznacznie określeniem celu pacjenta i przeszkody, która uniemożliwia mu jego osiągnięcie.

W tym miejscu treningu, z reguły, następowało odegranie scenki przedstawiającej omawiany problem. Uczestnikami tej scenki są naprzemiennie pacjenci albo terapeuci. Na początku całego cyklu treningowego jako osoby odgrywające występują terapeuci. Jest to najmniej zagrażający model, pozwala pacjentom oswoić się z samą procedurą odgrywania ról i sposobem realizowania zadania. Z czasem do odrywania scenek wprowadza się pacjentów i pozwala na ich samodzielność i dowolność w realizacji problemu, nigdy jednak nie pozostają oni bez opieki i możliwości skorzystania z pomocy terapeuty. Wiemy, że niektórzy pacjenci czują się bezpieczniej, gdy mają opiekuna tuż za plecami, innym natomiast to przeszkadza, dlatego wszystkie reguły ustalamy wcześniej.

Po odegraniu ról na żywo czy też przedstawieniu scenki na video, terapeuta prowadzący zajęcia zwraca uwagę zarówno na wykonane, jak i opuszczone elementy zachowania. Stara się włączyć całą grupę do uczestniczenia w tej dyskusji i nigdy nie zapomina udzielić wzmocnień pozytywnych poszczególnym uczestnikom dyskusji. Na tym etapie zajęć bardzo pomocne jest odtworzenie ćwiczenia z nagrania video. Ułatwia to uczestnikom skoncentrowanie się i jednocześnie jest źródłem dodatkowych informacji zwrotnych. Z naszych doświadczeń wynika, że ten moment zajęć wymaga oddzielnych przygotowań, gdyż dla pacjentów (i nie tylko) widok własnej twarzy, na ekranie telewizora jest dużym przeżyciem i to nie zawsze przyjemnym. Dlatego wprowadziliśmy do cyklu treningowego zajęcia wyjaśniające potrzebę nagrywania zachowań na video oraz zasady filmowania z jednoczesnym oswojeniem się z kamerą.

Następny etap treningu polega na modelowaniu przez terapeutę lub pacjenta takiej metody pokonania trudności, która wydaje się potencjalnie najskuteczniejsza. Ćwiczący otrzymuje instrukcję, by wybrane elementy demonstracji (nigdy jednak nie więcej niż dwa jednocześnie) uwzględnił przy powtórnym wykonaniu zadania. W trakcie powtórki trener

stoi blisko ćwiczącego i w razie potrzeby podpowiada mu szeptem lub gestem. Po zakończeniu sceny trener udziela ćwiczącemu pochwały za konkretne dobrze wykonane elementy zadania. Zwracamy uwagę, aby w podsumowaniu każdego ćwiczenia brali udział także i inni pacjenci. Należy jednak tu uważać, aby nie przekształciło się ono w zmasowaną krytykę, o co szczególnie łatwo, gdy pacjenci są napięci. Ćwiczenie powtarzane jest systematycznie w toku kolejnych zajęć, przy czym złożoność ich rośnie w miarę tego jak szybko pacjent przyswaja sobie nowe elementy zachowania. Trening kończy się przydzieleniem "zadania domowego", które jest okazją do przećwiczenia umiejętności początkowo w oddziale poza zajęciami, później poza oddziałem w realnym życiu - co dla nas stanowi miarę generalizacji efektów ćwiczeń w warunkach naturalnych.

Opisana procedura dotyczy tzw. *treningu prowadzenia rozmowy*. Z kilkuletnich obserwacji wynika, że skoncentrowanie się jedynie na wykonawczym aspekcie rozmowy jest niewystarczające i utrudnia przenoszenie efektów treningu poza sytuacje treningowe w oddziale.

Trudność tę pomaga zmniejszyć rozszerzenie zakresu treningu o drugi rodzaj zajęć koncentrujący się na poznawczym aspekcie kontaktów z ludźmi - tzw. *trening rozwiązywania trudnych sytuacji (problemów) społecznych*. W pierwszej wersji stosowania obu rodzajów zajęć prowadziliśmy je równolegle. Raz w tygodniu odbywał się trening rozwiązywania problemów i dwa razy trening prowadzenia rozmowy. Z czasem jednak odstąpiliśmy od naprzemiennego modelu. Połączyliśmy oba zajęcia. Taka decyzja wynikała ze względów praktycznych, gdyż umiejętności prowadzenia rozmowy i efektywnego kontaktu są pierwszymi i podstawowymi w stosunku do tych umiejętności, które są nabywane w treningu rozwiązywania problemów. Schemat treningu rozwiązywania problemów obejmuje kolejno: zdefiniowanie problemu, szukanie alternatywnych rozwiązań, rozpatrywanie pozytywnych i negatywnych stron każ-

dego rozwiązania, wybór optymalnego i wprowadzenie go w życie.

Trening rozwiązywania problemów uwzględnia potrzebę uczenia pacjentów z zaburzeniami procesów poznawczych. Uczy jak trafnie interpretować sytuacje społeczne oraz przetwarzać informacje na język konkretnych i efektywnych działań. Trening rozwiązywania problemów przebiega podobnie jak opisywany wcześniej trening podstawowy (prowadzenie rozmowy). Różnica jedynie polega na tym, że po obejrzeniu scenki modelowej trener sprawdza jak pacjent rozumie symulowaną sytuację omawiając ją wg schematu pytań podanych wcześniej.

Uczenie umiejętności przetwarzania informacji polega w tym wypadku na zachęcaniu ćwiczących do znalezienia różnych możliwych zachowań w danej sytuacji, przewidywania różnych możliwych reakcji partnera i swoich na nie odpowiedzi lub zachowań.

Model pracy w treningu rozwiązywania problemów opiera się w większym stopniu na pracy z samą grupą niż ma to miejsce w treningu prowadzenia rozmowy. O ile w treningu prowadzenia rozmowy pracuje się raczej z pacjentem na tle grupy, o tyle w treningu rozwiązywania problemów staramy się włączyć całą grupę do rozwiązywania sytuacji trudnej. Ważne jest, aby każdy z uczestników mógł się wypowiedzieć o problemie. Musi być wysłuchany, a z zajęć powinien wyjść z przekonaniem, że jego opinia była poważnie potraktowana i rozpatrywana przy rozwiązywaniu problemu.

Wszystkie powyższe elementy sprzyjają zwiększeniu pewności siebie i co za tym idzie elastyczności w zachowaniu oraz lepszemu dostosowaniu do wymogów sytuacji społecznych.

Z naszych kilkuletnich obserwacji wynika, że ilości zajęć w obu treningach nie da się sztywno określić i zależna jest ona od grupy, z którą się pracuje. W przybliżeniu można jednak stwierdzić, że ilość ta waha się od kilku do kilkunastu. Ważne jest natomiast, aby terapeuta nigdy nie był sam na zajęciach, zawsze

powinien mu towarzyszyć przynajmniej jeden koterapeuta. Dzięki temu trener otrzymuje wsparcie w toku zajęć oraz informacje zwrotne po ich zakończeniu. W trakcie zajęć staramy się, aby nie mnożyć tzw. "utajnionych obserwatorów", jak to określają pacjenci. "Oko" kamery i "oczy" obserwujące zza szyby jednostronnej są nadmiernym nagromadzeniem obserwatorów, stwarzających wrażenie widowni i tym samym zagrażających. Dlatego jeżeli używamy kamery, to szyba jednostronna jest zasłonięta i odwrotnie - widzowie za szybą dyskwalifikują użycie kamery.

Po kilku latach prowadzenia zajęć zauważyliśmy, że pacjenci na ogół wołają, aby zajęcia treningowe odbywały się w ustalony i przewidywalny sposób, odbywały się w tych samych miejscach i były prowadzone przez tych samych terapeutów. Dzięki spełnieniu tych elementów praca jest szybsza i efektywniejsza, bez konieczności oswajania się i nawiązywania kontaktu terapeutycznego na nowo.

Liczba pacjentów biorących udział w treningu nie powinna przekraczać 8-10. Dzięki temu łatwiej jest zapanować nad grupą, wyreżyserować scenkę i dobrać do niej aktorów. Z reguły nie odmawiamy chętnym pacjentom udziału w treningach, jednak - jak uczy doświadczenie - pacjenci w złej formie psychicznej, nie koncentrujący się i dekoncentrujący innych, są źle odbierani przez resztę grupy. Dlatego staramy się ich przygotować powoli do tych zajęć i ustalić wspólnie datę najlepszego momentu do rozpoczęcia treningu. Zdarza się także odwrotna sytuacja, że pacjent nie chce, z powodów urojeniowych, wejść na zajęcia, z reguły przyczyną tego jest kamera i filmowanie. Wtedy staramy się albo przeczekać zły okres, albo w inny sposób zachęcać do udziału. Zwykle prosimy, aby pacjent usiadł z tyłu poza zasięgiem kamery lub, jeśli to możliwe, sam filmował zajęcia, a ich przebieg komentował po uprzednim odtworzeniu z video.

Wszystkie metody prowadzenia treningów umiejętności społecznych opisane są szczegółowo w skryptach dla trenerów opracowanych w Zakładzie Rehabilitacji Psychiatrycznej IPN. Skrypty i scenariusze scenek w nich zawarte są pomocą w prowadzeniu zajęć dla mniej pewnych tej metody lub inspiracją dla tych, którzy czują się na siłach samodzielnie je prowadzić. Powyższe doniesienie jest próbą podzielenia się doświadczeniami z ponad czteroletniego okresu stosowania treningów umiejętności społecznych, ze szczególnym podkreśleniem zmian, jakie trzeba było wprowadzić i nadal się wprowadza w zależności od stanu psychicznego pacjentów i osobowości prowadzących.

## PIŚMIENNICTWO

1. Axer A. Trening umiejętności społecznych w leczeniu zaburzeń psychicznych Polskie Tow. Psych., 1988 r.
2. Axer A. Znaczenie Treningu Umiejętności Społecznych w leczeniu schizofrenii w Nowiny Psychologiczne 1989 r., 71-87.
3. Garfield, Sd.L. Allen E. Bergin Psychoterapia i zmiana zachowania IPiN Warszawa, 1990 r, 89-99.
4. Goldstein A.P. Structured Learning Therapy New York Academic Press, 1973 r.
5. Halford, W.R. R. Hayes Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients; recent findings on social skills training and family psychoeducation Clinical Psychology Review, 1991 r, 11, 23-44.
6. Liberman, R. P. L.W King i wsp. Personal Effectiveness Guiding People to Ascent Themselves and Improve Their social skills Champaign, IL, Research Press, 1975 r.
7. Liberman R. P. i wsp. Social Skills Training for psychiatric patients Pergamon Press, Psychology Practitioner Guidebooks 1989 r.
8. Król-Fijewska M. Trening Asertywności Polskie Tow. Psychologiczne, Warszawa 1991 r.
9. Meder, J. M. Morawiec, M. Sawicka Sytuacje trudne w ocenie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii (w druku)
10. Meder, J. J. Elbanowski, M. Morawiec, Z Orzechowska, Z.Pakuła, M. Sawicka, O. Wachowiak. Ocena skuteczności treningu prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów w kontaktach międzyludzkich u chorych na schizofrenię (w druku).