

Znaczenie teatroterapii w procesie transformacji obrazu samooceny oraz redukcji lęku osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych

Katarzyna Piwowarczyk

mgr, Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

<https://orcid.org/0009-0000-7500-6982>

Beata Zinkiewicz

dr, Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

<https://orcid.org/0000-0001-8062-8102>

Wprowadzenie

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych to złożony problem indywidualny i społeczny, który prowadzi do poważnych konsekwencji w różnych dziedzinach życia, zarówno dotkniętej nim osoby, jak i jej najbliższego otoczenia. Polega na niekontrolowanym przyjmowaniu środków zmieniających świadomość, co ma negatywne skutki zdrowotne (może nawet być przyczyną śmierci), psychologiczne i społeczne (wywołuje wiele zaburzeń i prowadzi do zachowań dewiacyjnych). Osoby z uzależnieniem często doświadczają wykluczenia społecznego, ogromnych strat w sferze relacji interpersonalnych, mają trudności z samorozwojem oraz w życiu zawodowym¹. Długo-

¹ M. Jędrzejko, A. Kowalewska, *Narkomania – wybrane pojęcia i definicje* [w:] *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, red. M. Jędrzejko, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2009,

trwale przyjmowanie substancji uzależniających przyczynia się do spadku odporności na sytuacje stresowe. Zdolność do adaptacji psychicznej (*resilience*) ulega wówczas osłabieniu, co może skutkować utratą poczucia sprawczości i większą podatnością na nawroty zachowań destrukcyjnych². Zarówno osoby bezpośrednio uwikłane w problem, jak i członkowie wspólnych mikrośrodków (rodzin, grup zawodowych itd.) tracą poczucie stabilności, przewidywalności, bezpieczeństwa.

Klasyczne metody leczenia uzależnień opierają się na psychoterapii, która obejmuje różne podejścia, m.in. terapię poznawczo-behawioralną czy terapię grupową. Niestety niewiele ośrodków terapeutycznych korzysta z dodatkowych metod wspomagających proces terapeutyczny takich jak dramaterapia mimo jej potencjalnych korzyści, które są udokumentowane w innych obszarach terapii, m.in. w pracy z osobami z niepełnosprawnościami intelektualnymi lub zaburzeniami psychicznymi³. Wzmacnianie gotowości do zmiany, jako etapu przejściowego między uzależnieniem a zdrowieniem, możliwe jest poprzez wsparcie środowiskowe i odbudowę wysokiej samooceny⁴. Jedną z placówek, które oprócz kompleksowej terapii uzależnień mogą pochwalić się dobrymi praktykami w zakresie stosowania niekonwencjonalnych metod, jest Zakład Lecznictwa Odwykowego w Pławniowicach. Prowadzone są w nim zajęcia z wykorzystaniem różnych odmian dramaterapii, co zainspirowało autorki do przeprowadzenia badań, których zasadniczym celem było poznanie dobroczynnego wpływu teatroterapii na pacjentów zmagających się z problemem uzależnienia, ze szczególnym uwzględnieniem jej wpływu na poziom przeżywanego lęku i samooceny.

W związku z tym, że opublikowano niewiele opracowań naukowych na temat wykorzystywania metod szeroko rozumianej arteterapii w pracy z osobami w kryzysie uzależnienia, artykuł może przyczynić się do wzbogacenia wiedzy w tym zakresie, a tym samym do zapelnienia luki w analizowanym obszarze. W kontekście terapii uzależnień wzmacnianie odporności psychicznej odnosi się nie tylko do jednostkowych

s. 63; W. Szaszkiewicz, *Rodzina z problemem uzależnienia* [w:] *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, red. B. Bętkowska-Korpała, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2009, s. 270; *Uzależnienia jako wyzwanie dla współczesnego pedagoga resocjalizacyjnego*, red. M.J. Dobijański, A. Kamiński, Ośrodek Wydawniczo-Poligraficzny SIM, Warszawa 2018, s. 7.

² M. Boczkowska, *Pojęcie resilience w ujęciu tradycyjnym i współczesnym*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny” 2019, t. 38, z. 4, s. 126–127, <https://doi.org/10.17951/lrp.2019.38.4.125-141>.

³ M. Nowak, *Pedagogiczne implikacje teatroterapii* [w:] *Od teatru do terapii. Tom I: Między teorią a praktyką*, red. A. Jaworska, B. Kasprzak, M. Nowak, A. Wojnarowska, M. Satanowski, Rekreacyjny Klub Nieprzetartego Szlaku, Lublin 2006, s. 27; E.J. Konieczna, *Zastosowanie teatroterapii w praktyce pedagogicznej* [w:] *Od teatru pedagogicznego do teatru terapeutycznego*, red. W. Sikorski, A. Sikorska, Difin, Warszawa 2014, s. 61–62; A. Badora, *Dydaktyczne aspekty teatroterapii*, „Roczniki Pedagogiczne” 2015, t. 7(43), nr 2, s. 129.

⁴ A. Borucka, K. Ostaszewski, *Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2008, nr 2(12), s. 591–593.

kompetencji, ale również do jakości relacji z otoczeniem, które może pełnić funkcję czynnika chroniącego przed nawrotem⁵. Problematyka badań wpisuje się w nurt popularnej w wielu dziedzinach koncepcji *resilience*⁶, zakładającej, że zasoby indywidualne i społeczne mają ogromny wpływ na pokonywanie różnorodnych wyzwań współczesnego świata (związanych m.in. z kryzysami zdrowotnymi, konfliktami zbrojnymi, migracjami, zmianami klimatycznymi, cyberzagrożeniami, nowymi substancjami uzależniającymi i nowymi kanałami ich dystrybucji) poprzez kształtowanie odporności społecznej, kreowanie bezpiecznych środowisk lokalnych. Redukcja lęku oraz rozwój umiejętności radzenia sobie z emocjami są kluczowe dla skutecznej adaptacji do zmiany i utrzymania procesu zdrowienia⁷. Niewątpliwie takie zmienne jak poziom odczuwanego lęku i samooceny mogą stanowić istotne wskaźniki zarówno czynników ryzyka, jak i czynników chroniących, dlatego redukcja lęku i dbanie o stabilność samooceny (przekładając się na poczucie własnej wartości) to te obszary działań, które są niezwykle istotne w procesie kształtowania odporności społecznej i zapewniania obywatelom (zwłaszcza tym narażonym na ryzyko wykluczenia) bezpieczeństwa w ich społecznościach.

Przesłanki teoretyczne – uwagi wstępne⁸

Zgodnie z definicją American Society of Addiction Medicine: „Uzależnienie jest pierwotną i przewlekłą chorobą oddziałującą na system nagrody mózgu, motywację, pamięć i powiązane z nimi obwody mózgowe”⁹, wywołującą szereg zmian o charakterze biopsychospołecznym i duchowym. Chory odczuwa przymus poszukiwania sposobów na uaktywnienie systemu nagrody, co prowadzi do nadmiernego stosowania używek, ale również do zachowań kompulsywnych (np. objadania się, hazardu). Nieleczona choroba charakteryzuje się cyklem nawrotów, postępującym

⁵ M. Boczkowska, *op. cit.*, s. 130–131.

⁶ A. Borucka, *Koncepcja resilience. Podstawowe założenia i nurty badań* [w:] *Resilience. Teoria, badania, praktyka*, red. W. Junik, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2011, s. 11–28.

⁷ A. Borucka, K. Ostaszewski, *op. cit.*, s. 595.

⁸ W opracowaniu wykorzystano i przedstawiono w nowym ujęciu wybrane treści i wyniki badań z pracy magisterskiej Katarzyny Piwowarczyk, *Wykorzystanie metody teatroterapii a poziom lęku i samoocena osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (na przykładzie badań pacjentów Zakładu Lecznictwa Odwykowego „Szansa” w Pławniowicach)*, napisanej pod kierunkiem dr Beaty Zinkiewicz, Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Kraków 2024. Uzupełniono dane jakościowe zgromadzone na podstawie obserwacji i wywiadów z terapeutami oraz poszerzono interpretację wyników.

⁹ D.E. Smith, *The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction*, „Journal of Psychoactive Drugs” 2012, vol. 44, no. 1, s. 1 [tłum. K.P.], <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.662105>.

zaostreniem objawów, co może prowadzić do śmierci¹⁰. W medycznej definicji uzależnienia podkreśla się, że jest to patologiczne i niezamierzone przyjmowanie substancji¹¹. Według Światowej Organizacji Zdrowia uzależnienie od substancji psychoaktywnych to „[...] kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grupy substancji psychoaktywnych dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość”¹². Obecnie obowiązują dwa międzynarodowe systemy diagnostyczne, według których dokonuje się klasyfikacji chorób: ICD-10 i DSM-V¹³. W Polsce obowiązuje system ICD-10, ale od stycznia 2022 r. WHO przyjęła nową klasyfikację, ICD-11, która zostanie wprowadzona w 2026 r.¹⁴ Na podstawie dotychczasowych ustaleń można przyjąć, że diagnoza uzależnienia jest stawiana, jeśli w ciągu roku zaobserwowano przynajmniej trzy z następujących symptomów: głód substancji, utratę kontroli, objawy abstynencji, zmianę tolerancji na ilość przyjmowanych substancji, porzucenie lub ograniczenie innych form aktywności dających satysfakcję (pracy, hobby, interakcji społecznych), kontynuowanie przyjmowania substancji mimo bycia świadomym jej negatywnego wpływu¹⁵.

Obrazy uzależnienia poszczególnych osób są zróżnicowane i jest to uwarunkowane wieloczynnikowo. Mimo niepowtarzalnej historii życia i unikatowych cech osobowości każdego pacjenta można wyodrębnić kilka powtarzających się elementów przebiegu choroby, wśród których najczęściej wymienia się ponadstandardowo odczuwany lęk i nieadekwatną (zaniżoną) samoocenę osób w kryzysie uzależnienia.

Uzależnienia a stres i lęk

Analiza literatury przedmiotu upoważnia do stwierdzenia, że stres i lęk stanowią istotne predyktory uzależnień. Niska odporność na stres – jako istotny czynnik ryzyka zgodnie z koncepcją *resilience* – zwiększa prawdopodobieństwo nadużywania substancji psychoaktywnych i rozwoju uzależnienia. Zauważono, że kontakt

¹⁰ *Ibidem*, s. 1–4.

¹¹ C.K. Erickson, *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2018, s. 36.

¹² A. Bilikiewicz, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1992, s. 276.

¹³ H. Kuntz, *Narkotyki i uzależnienia. Wszystko, o czym należy wiedzieć*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2009, s. 38.

¹⁴ P.I. Majewski, *ICD-11 – implikacje w badaniach i praktyce psychologiczno-pedagogicznej*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny” 2023, t. 42, z. 1, s. 124–125, <https://doi.org/10.17951/lrp.2023.42.1.123-139>.

¹⁵ *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, red. S. Pużyński, J. Wciórka, Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000, s. 73–74.

z środkami uzależniającymi jest często wyuczoną reakcją na zmniejszenie wewnętrznego napięcia. Według teorii Willisa i Shiffmana¹⁶ brak mechanizmów adaptacyjnych, które wspierają radzenie sobie w stresujących sytuacjach, prowadzi do nieadekwatnych reakcji (gniewu, bezradności, wycofania się). Próbą zniwelowania takich stanów może być sięgnięcie po substancje psychoaktywne, które są stosowane zarówno w celu łagodzenia negatywnych emocji, jak i wzmacniania doznań pozytywnych.

Marlatt i Gordon także stwierdzili, że deficyty radzenia sobie ze stresem w zestawieniu z nałogami rodziców, presją rówieśników i oczekiwaniami, że substancje psychoaktywne będą miały pozytywne oddziaływanie, zwiększają ryzyko uzależnienia oraz nawrotów. Umiejętne radzenie sobie w stresujących sytuacjach, wsparcie środowiska rodzinnego oraz realistyczne oczekiwania co do efektów działania substancji psychoaktywnych ograniczają ryzyko uzależnienia jako odpowiedzi na stres¹⁷. Czynniki te stanowią barierę ochronną, budującą odporność jednostki w zmaganiu się z codziennymi wyzwaniami.

Samoocena osób w kryzysie uzależnienia

Poczucie własnej wartości jest jednym z najważniejszych elementów wpływających na rozwój oraz dobrostan człowieka. Według Bogdana Wojciszkego „[...] samoocena jest afektywną reakcją na samego siebie i ma dwoistą naturę procesu i cechy”¹⁸. W pierwszym przypadku jest to bieżąca, zależna od aktualnych wydarzeń i doświadczeń, zmienna ocena własnej osoby, mająca na celu formułowanie pozytywnych wniosków na swój temat. Samoocena jako stan często rozumiana jest jako poczucie własnej wartości, czyli emocje, jakie odczuwa osoba w danej chwili w stosunku do siebie. Samoocena o charakterze cechy odnosi się do stałej postawy, jaką jednostka ma wobec siebie. Oznacza to, że ludzie mają stałe przekonania na temat własnej wartości, które nie ulegają łatwo zmianie (informacje, które mogą zaburzyć ten obraz, są pomijane lub marginalizowane).

W literaturze przedmiotu opisywane są różne stopnie samooceny: od specyficznej, czyli dotyczącej różnych aspektów życia istotnych dla danej osoby (wyglądu, inteligencji, umiejętności), do globalnej, czyli kompleksowego odczuwania siebie¹⁹. Źródłem samooceny są uwarunkowania genetyczne (określające tożsamość), cechy osobowości, osiągnięte efekty działań (im lepsze rezultaty, tym wyższa samoocena)

¹⁶ B. Bukowska, *Psychologiczne mechanizmy uzależnienia – przegląd teorii i modeli* [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, red. B. Bukowska, J.C. Czabała, P. Jabłoński, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s. 131–132.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ B. Wojciszke, *Psychologia społeczna*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2011, s. 175.

¹⁹ *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2: Psychologia ogólna*, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 579.

oraz opinie innych (przede wszystkim ludzi ważnych dla danej osoby)²⁰. Samoocenę rozpatruje się poprzez cechy charakteryzujące jednostkę i najczęściej określa się ją jako wysoką lub niską, pozytywną bądź negatywną, stabilną albo niestabilną, adekwatną lub nieadekwatną. Wysoka samoocena pozwala mieć poczucie bycia wartościową osobą w danej społeczności, zmniejsza poczucie lęku i niepokoju, powoduje wzrost ambicji i motywacji, dodaje odwagi do podejmowania wyzwań, a także wspomaga umiejętne radzenie sobie z niepowodzeniami – zgodnie z teorią *resilience*. Im samoocena jest wyższa, tym sprawniejsze jest funkcjonowanie psychiczne, fizyczne i społeczne. Stabilna, wysoka samoocena przekłada się na większą odporność społeczną i poczucie bezpieczeństwa. Natomiast osoby z niską samooceną negatywnie postrzegają same siebie, swoje umiejętności i swoją wartość. Taka postawa może mieć niekorzystny wpływ na relacje interpersonalne, zdrowie psychiczne i ogólną jakość życia²¹.

Samoocena to jeden z elementów istotnych w rozwoju uzależnień. Wśród licznych teorii zachowań dewiacyjnych warto wyróżnić koncepcję Kaplana dotyczącą obniżania własnej pozycji i teorię Steffenhagena. Do systematycznego zażywania substancji psychoaktywnych może dojść wtedy, gdy ktoś nie radzi sobie z długotrwałym odrzuceniem przez ważne dla niego osoby. Negatywne doświadczenia mogą prowadzić do kontestacji norm społecznych, skutkując alienacją i poszukiwaniem akceptacji w grupach alternatywnych. Dostępność narkotyków i przebywanie wśród osób pozytywnie odnoszących się do ich przyjmowania dodatkowo sprzyja rozwojowi takich zachowań. Zauważono również, że nadopiekuńczość rodziców lub stawianie przez nich nierealistycznych celów może przyczynić się do ukształtowania u dzieci niskiej samooceny. Niemożność spełnienia wygórowanych wymagań skłania jednostkę do szukania mechanizmów kompensacyjnych, np. używania substancji psychoaktywnych. Na ogół sama niska samoocena nie wystarcza do wyjaśnienia przyczyn uzależnienia. Istotne są presja rówieśników, dostępność używek i oczekiwania społeczne. Osoby z niską samooceną nieumiejętnie radzą sobie ze stresem i napięciem. Substancje psychoaktywne pozwalają im na szybkie uwolnienie się od negatywnych emocji i zobowiązań wobec społeczeństwa²².

Na samoocenę osób z uzależnieniem często mają wpływ bolesne doświadczenia związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych i z okresu trzeźwienia, kiedy zaczynają zdawać sobie sprawę z tego, jakie straty ponieśli przez nałóg. Psychoterapia uzależnień polega w dużej mierze na pracy nad odbudowaniem pozytywnego obrazu siebie. Osoby podejmujące leczenie zmagają się z poczuciem bezsilności, bezradności, beznadziejności, wstydu i lęku. W swoim przeświadczeniu nie zasługują na zainteresowanie, życzliwość i troskę, nie są warte wysiłku włożonego

²⁰ B. Wojciszke, *op. cit.*, s. 177.

²¹ *Psychologia. Podręcznik...*, *op. cit.*, s. 580–581.

²² *Uzależnienie od narkotyków...*, *op. cit.*, s. 129–130.

przez innych w pomaganiu im. Na każdym etapie terapii wzmacnianie poczucia własnej wartości jest istotnym elementem zdrowienia²³. To jeden z filarów w budowaniu i wzmacnianiu odporności pacjentów.

Drama i teatr w resocjalizacji

Działania twórcze znajdują zastosowanie niemal w każdej dziedzinie życia. Już ponad pół wieku temu Czesław Czapów i Stanisław Jedlewski, prekursorzy polskiej pedagogiki resocjalizacyjnej, opisali koncepcję zabiegów kulturotechnicznych, w których wykorzystuje się różne formy sztuki, turystyki i sportu, ponieważ aktywne uczestniczenie w życiu kulturalnym ma funkcje wychowawcze i terapeutyczne. Autorzy uwzględnili również działania dramatyczne, opisali wpływ psychodramy i tzw. kompletnej gry, opartej na teatrze wychowawczym²⁴.

W ostatnim ćwierćwieczu zostały spopularyzowane metody twórczej resocjalizacji, opracowane przez Marka Konopczyńskiego, jako jedna z wyróżniających się koncepcji resocjalizacyjnych. Konopczyński uważa, że twórcza resocjalizacja to:

[...] metodyczne poszukiwanie i rozwijanie potencjalności osób nieprzystosowanych społecznie. Jej metody mają za zadanie poszukiwanie i rozwijanie potencjałów tkwiących w tych osobach, kreowanie nowych kompetencji i umiejętności oraz stwarzanie perspektyw powstawania akceptowalnej kulturowo tożsamości indywidualnej i społecznej osób nieprzystosowanych²⁵.

Podczas gdy tradycyjne metody resocjalizacji polegają przede wszystkim na korekcie istniejących przekonań, zachowań i postaw, twórcza resocjalizacja polega na tworzeniu nowych wzorców myślenia, działania i ról społecznych²⁶.

Jedną z podstawowych metod praktyki twórczej resocjalizacji jest metoda teatru resocjalizacyjnego (MTR), wspomagana przez dramę, psychodramę i socjodramę²⁷. Zakłada się w niej aktywizację uczestników zajęć, co ma na celu wzmocnienie ich motywacji do rozwijania własnych umiejętności i skłonienie do przewartościowania swojego wizerunku i obrazu innych. Pomaga również zwiększyć efektywność zapamiętywania oraz inspirować do kreatywnego myślenia²⁸. Twórcza resocjalizacja oprócz wspomagania samorozwoju i lepszego poznania siebie pomaga udoskonalać

²³ A. Dodziuk van Kooten, *O poczuciu własnej wartości w leczeniu uzależnienia*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” 2020, nr 6, s. 1–3.

²⁴ C. Czapów, S. Jedlewski, *Pedagogika resocjalizacyjna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1971, s. 395–398.

²⁵ M. Konopczyński, *Metody twórczej resocjalizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 130.

²⁶ *Idem*, *Twórcza resocjalizacja – zarys koncepcji metodycznej*, „Probacja” 2012, nr 2, s. 35–36.

²⁷ *Ibidem*, s. 55.

²⁸ A. Jaworska, *Leksykon resocjalizacji*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012, s. 406–407.

komunikację i umiejętności interpersonalne. Koncentruje się na kształtowaniu nowej tożsamości jednostki w kontekście społecznym i osobistym.

Od najdawniejszych czasów teatr odgrywa ważną rolę w społeczeństwie, wzruszając, pobudzając do myślenia i dostarczając rozrywki. Pełni też funkcję terapeutyczną (*katharsis*)²⁹. Teatrotterapia jest często nazywana także dramaterapią lub dramatoterapią (w literaturze polskojęzycznej operuje się najczęściej określeniem „teatrotterapia”, natomiast w literaturze angielskojęzycznej pisze się o dramaterapii, której częścią jest teatrotterapia). Zgodnie z definicją Brytyjskiego Stowarzyszenia Dramaterapeutów dramaterapia jest „[...] celowym wykorzystaniem leczniczych aspektów dramy i teatru jako procesu terapeutycznego. Jest to metoda pracy i gry, która wykorzystuje działanie [*action methods*] ułatwiające kreatywność, uwalniające wyobraźnię, uczenie się, wgląd i wzrost”³⁰. Według członków Północnoamerykańskiego Stowarzyszenia Dramaterapii jest ona „[...] aktywnym, eksperymentalnym podejściem ułatwiającym zmianę. Poprzez opowiadanie historii, grę projekcyjną, celową improwizację, performance uczestnicy są zaproszeni do wypróbowania pożądanych zachowań, praktykowania bycia w relacjach, rozwijania i wykrywania różnorodności ról życiowych i dokonania zmian, jakie chcą, żeby zaistniały i zostały zaobserwowane w świecie”³¹.

Uwagi metodologiczne

Biorąc pod uwagę przesłanki teoretyczne i doświadczenia praktyków w zakresie terapii uzależnień, można przyjąć, że obraz przeżywanego lęku i samooceny jest bardzo zróżnicowany u poszczególnych osób i podlega transformacjom. W zależności od indywidualnej sytuacji każdego pacjenta (genezy i rodzaju uzależnienia, etapu terapii, doświadczanego wsparcia społecznego, cech osobowości) pojawiający się i narastający lęk oraz problemy z poczuciem własnej wartości można potraktować zarówno jako czynniki pierwotne (predykatory uzależnienia), jak i wtórne, towarzyszące poszczególnym fazom radzenia sobie jednostki z chorobą, wpisane niejako w cały proces terapeutyczny. Zasadniczym celem podjętych badań było zatem opisanie oddziaływania teatrotterapii jako metody wspierającej proces terapeutyczny osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, ze szczególnym uwzględnieniem jej wpływu na poziom lęku i samoocenę pacjentów. Przedmiotem analiz były zmiany w obrazie przeżywanego przez nie lęku i transformacja ich samooceny w wyniku oddziaływania zajęć teatrotapeutycznych.

²⁹ M. Wojcieszuk, *Geneza i aktualna sytuacja teatrotterapii w Polsce – zagadnienia wstępne* [w:] *Od teatru do terapii. Tom I: Między teorią a praktyką*, red. A. Jaworska, B. Kasprzak, M. Nowak, A. Wojnarowska, M. Satanowski, Rekreacyjny Klub Nieprzetartego Szlaku, Lublin 2006, s. 35.

³⁰ The British Association of Dramatherapists, <https://www.badth.org.uk> [dostęp 15.06.2024; tłum. K.P.].

³¹ North American Drama Therapy Association, <https://www.nadta.org> [dostęp 15.06.2024; tłum. K.P.].

Główny problem badawczy został sformułowany następująco: jakie jest znaczenie działań teatroterapeutycznych w redukcji poziomu lęku i poprawie samooceny u osób dotkniętych problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych? Problemy szczegółowe także zostały ujęte w formie pytań: jaki poziom lęku i samooceny wykazywali pacjenci przed podjęciem teatroterapii? jakie zmiany w zakresie myślenia o sobie i doświadczanego lęku nastąpiły u uczestników badania po udziale w zajęciach teatroterapeutycznych? Dodatkowo sformulowano jeszcze jedno pytanie, dotyczące zagadnień wykraczających poza główny temat opracowania, ale istotne dla określenia roli metody teatroterapii: w jakich innych obszarach życia uczestników zajęć zaszły pozytywne zmiany pod wpływem teatroterapii?

Postawiono następującą hipotezę badawczą: zajęcia teatroterapeutyczne korzystnie wpływają na samoocenę (wzrost poczucia własnej wartości) i przyczyniają się do obniżenia poziomu lęku u będących w procesie terapeutycznym osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych.

Kontrolowane w przebiegu badań główne zmienne to poziom samooceny i odczuwanego lęku (przed podjęciem teatroterapii i po niej). Wśród uwzględnionych wskaźników znalazły się m.in.: doświadczane wydarzenia stresogenne powodujące lęk, odczuwane objawy oraz sposoby redukcji stresu i lęku, zdolność do radzenia sobie z porażkami i krytyką, częstotliwość pojawiania się pozytywnych myśli o sobie (samoakceptacja), refleksyjność nad własnym rozwojem i zadowolenie z postępu, poczucie własnej wartości, pewność siebie, zaangażowanie w interakcje grupowe, poczucie wspólnoty i przynależności do grupy, wsparcie emocjonalne w grupie, zaufanie do grupy.

Koncepcja badań zakładała wykorzystanie strategii ilościowo-jakościowej. Jako metodę badawczą przyjęto studium przypadku z elementami eksperymentu pedagogicznego, a zastosowane techniki to testy psychologiczne, obserwacja niestandaryzowana i wywiad jawny. Instrumentarium badawcze objęło Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI), adaptację amerykańskiego kwestionariusza *State-Trait Anxiety Inventory*, autorstwa Charlesa D. Spielberga, Richarda I. Gorsucha i Roberta E. Lushene'a (polską wersję STAI stworzyli Charles D. Spielberg, Jan Strelau, Małgorzata Tysarczyk i Kazimierz Wrześniewski)³² oraz skalę samooceny opracowaną przez Morrisa Rosenberga (*Rosenberg Self-Esteem Scale* – SES), jedno z najczęściej używanych narzędzi do oceny samooceny. Na potrzeby badań wykorzystano polską wersję skali SES, opracowaną przez Irenę Dzwonkowską, Kingę Lachowicz-Tabaczek i Mariolę Łagunę³³.

³² K. Wrześniewski, T. Sosnowski, A. Jaworowska, D. Fecenec, *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja STAI. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2011, s. 7–10.

³³ I. Dzwonkowska, K. Lachowicz-Tabaczek, M. Łaguna, *SES. Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2008, s. 5–6.

Badania przeprowadzono w Zakładzie Lecznictwa Odwykowego „Szansa” w Pławniowicach w latach 2023–2024. Ośrodek przyjmuje dorosłych uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Placówka oferuje pobyt całodobowy, a leczenie trwa rok z możliwością przedłużenia. Zespół ośrodka składa się z wykwalifikowanych specjalistów o dużym doświadczeniu. Próbkę badawczą stanowiło osiem osób w wieku 29–49 lat, korzystających z terapii w ośrodku przez okres 4–11 miesięcy. Uzależnienie od środków psychoaktywnych u poszczególnych pacjentów trwało 5–30 lat. Badania zostały podzielone na trzy etapy: pierwszy obejmował wykonanie pretestu STAI i SES, w drugim prowadzono zajęcia teatroteapeutyczne (przygotowanie i zainscenizowanie spektaklu teatralnego), monitorując zachowania uczestników, a trzeci polegał na zebraniu wyników posttestu STAI oraz SES i omówieniu ze specjalistami przebiegu terapii i zaobserwowanych efektów. Analiza jakościowa obejmowała obserwację nieskategoryzowaną i wywiad nieskategoryzowany, co pozwoliło na uzyskanie bogatszego kontekstu i głębsze zrozumienie doświadczeń uczestników (dynamiki grupowej, ogólnego stanu psychofizycznego uczestników, reakcji na różne formy ekspresji artystycznej). Przebieg badań i uzyskane rezultaty były konsultowane z psychologiem.

Wyniki badań

Rezultaty badań ilościowych dla każdego indywidualnego przypadku (P1–P8) zostały przedstawione w tabeli 1. W pięciu przypadkach nastąpiła pozytywna zmiana w zakresie odczuwanego lęku i/lub samooceny, natomiast u trzech z ośmiu badanych osób kontrolowane parametry nie zmieniły się istotnie pod wpływem zajęć teatroteapeutycznych. Uzyskane rezultaty zostały uzupełnione danymi jakościowymi, zebranymi w wyniku obserwacji badanych osób i wywiadów z terapeutami (tabela 2).

Na podstawie analizy informacji przedstawionych w tabeli 2 można stwierdzić, że zajęcia z zakresu teatroteracji miały dobroczynny wpływ na wszystkich badanych uczestników. Zaobserwowano zmniejszenie odczuwanego lęku i wzrost samooceny, poprawie uległy również inne parametry funkcjonowania osób objętych terapią. Najwięcej pozytywnych zmian dostrzeżono w obszarze stosunków interpersonalnych w grupie terapeutycznej. Istotnie poprawiła się komunikacja w zespole w wyniku wzrostu poziomu wzajemnego zaufania i wiary we własne możliwości. Otwartość na nowe wyzwania artystyczne, umiejętność konstruktywnej współpracy, radość z przebywania w grupie, chęć dzielenia się przemyśleniami i odczuciami, większa ekspresja i kontrola emocji – to nowe parametry tożsamości, które zgodnie z założeniami teoretycznymi zaczęły się u badanych osób kształtować w wyniku twórczej resocjalizacji. Umiejętności te stanowią naturalną barierę ochronną, przyczyniają się do budowania i wzmacniania odporności społecznej i poczucia bezpieczeństwa, nie tylko minimalizując ryzyko uzależnienia, ale również pomagając w radzeniu sobie z innymi codziennymi wyzwaniami.

Tabela 1. Wyniki uzyskane za pomocą testów STAI i SES przed zajęciami z zakresu teatroterapii i po nich

Badany	Rodzaj testu	Lęk: STAI	Samoocena: SES	Interpretacja
P1	pretest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 47, – steny: 8, – przedział: 42–52; lęk jako cecha (X-2): – wynik surowy: 67, – steny: 10, – przedział: 61–73	wynik surowy: 16, steny: 1, przedział: 12–20	wysoki poziom lęku jako stanu, wysoki poziom lęku jako cechy, bardzo niska samoocena
	posttest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 28, – steny: 3, – przedział: 23–33	wynik surowy: 25, steny: 3, przedział: 21–29	niski poziom lęku jako stanu, niska samoocena (redukcja lęku, nieznaczna poprawa samooceny)
P2	pretest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 44, – steny: 7, – przedział: 38–50; lęk jako cecha (X-2): – wynik surowy: 46, – steny: 8, – przedział: 40–52	wynik surowy: 28, steny: 5, przedział: 23–33	wysoki poziom lęku jako stanu, wysoki poziom lęku jako cechy, przeciętna samoocena
	posttest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 42, – steny: 7, – przedział: 36–48	wynik surowy: 29, steny: 5, przedział: 24–34	wysoki poziom lęku jako stanu, przeciętna samoocena (obraz wyników bez zmian)
P3	pretest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 33, – steny: 5, – przedział: 21–33; lęk jako cecha (X-2): – wynik surowy: 36, – steny: 4, – przedział: 30–42	wynik surowy: 26, steny: 4, przedział: 21–31	przeciętny poziom lęku jako stanu, przeciętny poziom lęku jako cechy, niska samoocena
	posttest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 27, – steny: 2, – przedział: 27–39	wynik surowy: 29, steny: 5, przedział: 24–34	niski poziom lęku, przeciętna samoocena (redukcja poziomu lęku, poprawa samooceny)
P4	pretest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 68, – steny: 10, – przedział: 62–74; lęk jako cecha (X-2): – wynik surowy: 68, – steny: 10, – przedział: 62–74	wynik surowy: 16, steny: 1, przedział: 11–21	wysoki poziom lęku jako stanu, wysoki poziom lęku jako cechy, bardzo niska samoocena

Badany	Rodzaj testu	Lęk: STAI	Samooocena: SES	Interpretacja
	posttest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 54, – steny: 9, – przedział: 48–60	wynik surowy: 19, steny: 2, przedział: 14–24	wysoki poziom lęku, niska samoocena (obraz poziomu lęku bez zmian, nieznaczna poprawa samooceny)
P5	pretest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 49, – steny: 8, – przedział: 43–55; lęk jako cecha (X-2): – wynik surowy: 45, – steny: 7, – przedział: 39–51	wynik surowy: 19 steny: 2 przedział: 14–24	wysoki poziom lęku jako stanu, wysoki poziom lęku jako cechy, niska samoocena
	posttest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 38, – steny: 6, – przedział: 32–44	wynik surowy: 24 steny: 3 przedział: 19–29	przeciętny poziom lęku, niska samoocena (redukcja poziomu lęku, samoocena bez zmian)
P6	pretest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 39, – steny: 6, – przedział: 33–45; lęk jako cecha (X-2): – wynik surowy: 49, – steny: 9, – przedział: 43–55	wynik surowy: 28, steny: 5, przedział: 23–33	przeciętny poziom lęku jako stanu, wysoki poziom lęku jako cechy, przeciętna samoocena
	posttest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 36, – steny: 5, – przedział: 30–42	wynik surowy: 30, steny: 6, przedział: 25–35	przeciętny poziom lęku, przeciętna samoocena (wyniki się nie zmieniły)
P7	pretest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 36, – steny: 5, – przedział: 30–42; lęk jako cecha (X-2): – wynik surowy: 38, – steny: 5, – przedział: 32–44	wynik surowy: 22, steny: 3, przedział: 17–27	przeciętny poziom lęku jako stanu, przeciętny poziom lęku jako cechy, niska samoocena
	posttest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 37, – steny: 5, – przedział: 31–43	wynik surowy: 23, steny: 3, przedział: 18–28	przeciętny poziom lęku, niska samoocena (wyniki się nie zmieniły)

Badany	Rodzaj testu	Lęk: STAI	Samoocena: SES	Interpretacja
P8	pretest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 46, – steny: 7, – przedział: 41–51; lęk jako cecha (X-2): – wynik surowy: 56, – steny: 10, – przedział: 50–62	wynik surowy: 27, steny: 4, przedział: 22–32	wysoki poziom lęku jako stanu, wysoki poziom lęku jako cechy, niska samoocena
	posttest	lęk jako stan (X-1): – wynik surowy: 25, – steny: 1, – przedział: 20–30	wynik surowy: 30, steny: 6, przedział: 25–35	niski poziom lęku, przeciętna samoocena (redukcja poziomu lęku, poprawa samooceny)

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Wyniki obserwacji i dane z wywiadów

Badany	Obserwacja	Wywiad
P1	Początek cyklu zajęć: wycofanie, unikanie kontaktu werbalnego, ograniczone, sztywne gesty, dystansowanie się od innych, postawa zamknięta, nadmierna samokrytyka, niezadowolenie z własnych osiągnięć. Koniec cyklu zajęć: większa otwartość, aktywność, pewność siebie w sytuacjach ekspozycji społecznej, poprawa w zakresie komunikacji interpersonalnej (inicjowanie rozmów, naturalność i swoboda gestów), częstsze wyrażanie pozytywnych opinii na temat swoich działań i umiejętności	Znaczna zmiana w zakresie wyrażania emocji i pewności siebie, odważne publiczne formułowanie myśli i okazywanie odczuć, inicjowanie własnych pomysłów, większa kreatywność, otwartość na krytykę i sugestie innych uczestników zajęć. Wniosek: istotna poprawa samooceny i redukcja lęku
P2	Początek cyklu zajęć: nerwowość, unikanie wyzwań, okazywanie frustracji przy popełnianiu błędów, niepewność, brak wiary w siebie, brak zaufania do grupy, izolowanie się. Koniec cyklu zajęć: mniejsze napięcie i lęk w sytuacjach stresowych, większe opanowanie i kontrola emocji, akceptacja niepowodzeń, większa pewność siebie wyrażana mową ciała, wzrost zaufania do grupy, większa swoboda i zaangażowanie w działania zespołowe	Większa pewność siebie w kontaktach z grupą (wzrost zaufania do zespołu) i w nowych sytuacjach, wzrost kompetencji emocjonalnych, większa samoakceptacja. Wniosek: pozytywne zmiany w zachowaniu, które nie zostały uchwycone w testach psychologicznych
P3	Początek cyklu zajęć: opór, unikanie zadań z obawy przed negatywną oceną i kompromitacją, duży samokrytycyzm, sztywna i ograniczona ekspresja, unikanie interakcji grupowych. Koniec cyklu zajęć: większa swoboda i pewność siebie, radość z odgrywania ról, podejmowanie inicjatywy, otwartość na nowe role i zadania, cierpliwość, okazywanie zrozumienia innym uczestnikom grupy	Wzrost kreatywności, spontaniczności, pewności siebie, otwartość na informacje zwrotne. Wniosek: poprawa samooceny i zdolności radzenia sobie z lękiem

Badany	Obserwacja	Wywiad
P4	Początek cyklu zajęć: unikanie wzroku innych, trzymanie się na uboczu i obserwowanie, sztywność ruchów, widoczne napięcie mięśni (drżenie rąk), brak wiary we własne umiejętności, okazywanie niezadowolenia z efektów swoich działań. Koniec cyklu zajęć: większa swoboda i pewność siebie w działaniu, zaangażowanie we współpracę, ale z dużą powściągliwością i napięciem w porównaniu z innymi, bardziej otwartymi członkami grupy	Zauważalne delikatne pozytywne zmiany w zachowaniu w zakresie rozwoju umiejętności opanowywania lęku i zwiększania pewności siebie. Wniosek: nieznaczna redukcja lęku, nieznaczna poprawa samooceny
P5	Początek cyklu zajęć: wycofanie, bierność, unikanie ekspozycji społecznej i negatywnej oceny, ograniczona ekspresja i mowa ciała, wysoki poziom samokrytycyzmu, ale przy tym okazywanie dużego zaangażowania i determinacji w pokonywaniu tremy (częste powtarzanie). Koniec cyklu zajęć: większa chęć udziału w zajęciach i otwartość na współpracę, radość z przygotowywania spektaklu przy wciąż dużych na tle grupy problemach z okazywaniem emocji	Wzrost pewności siebie, większe zaangażowanie i motywacja do udziału w zajęciach, praca nad cierpliwością i wytrwałością, otwartość na feedback i wyciąganie wniosków z uprzednich niepowodzeń. Wniosek: redukcja poziomu lęku, nieznaczna poprawa samooceny
P6	Początek cyklu zajęć: umiarkowany poziom napięcia w sytuacjach trudnych związanych z odgrywaniem ról, maskowanie lęków poprzez błaznowanie i wygłupy, częste zwracanie na siebie uwagi, wywołujące irytację grupy. Koniec cyklu zajęć: większe skupienie się na zadaniach i wspólnej pracy, mniej wygłupów i błaznowania, pewność siebie w działaniu, poprawa relacji z grupą, większa naturalność w wyrażaniu emocji, kreatywność i otwartość na nowe pomysły. Gesty, mimika, ruchy ciała stały się bardziej wyraziste	Widoczna transformacja: od oczekiwania uwagi do konstruowania uczestnictwa w zajęciach grupowych, poprawa umiejętności społecznych, wzrost kompetencji w zakresie ekspresji emocjonalnej. Wniosek: redukcja lęku, poprawa samooceny
P7	Początek cyklu zajęć: ostrożność przy podejmowaniu się nowych ról i zadań teatralnych, napięcie podczas występowania przed grupą, umiarkowane zadowolenie z własnych osiągnięć, stonowana ekspresja emocjonalna. Koniec cyklu zajęć: okazywanie większej satysfakcji z wyników własnej pracy, zdecydowanie w działaniu, pewność siebie, bardziej naturalna i otwarta ekspresja emocjonalna, kreatywność	Samoocena utrzymała się na niskim poziomie po cyklu zajęć teatralnych, ale zwiększył się poziom otwartości i umiejętności współpracy w grupie. Wniosek: pozytywny wpływ zajęć z zakresu teatroterapii mimo braku istotnych różnic w wynikach testów psychologicznych
P8	Początek cyklu zajęć: okazywanie zaniepokojenia, unikanie kontaktu wzrokowego, brak wiary we własne możliwości, niepewność i powściągliwość w ruchach, unikanie działań zespołowych, ograniczona mimika. Koniec cyklu zajęć: większa aktywność i zrelaksowanie, swoboda w poruszaniu się na scenie, gotowość do odgrywania ról wymagających większej ekspresji, częstsze inicjowanie rozmów, bardziej otwarte i konstruktywne relacje z innymi, wyrazista ekspresja, naturalność w wyrażaniu emocji	Zauważalny korzystny wpływ zajęć teatralnych, lepsze funkcjonowanie w sytuacjach społecznych, w tym artystycznych. Wniosek: obniżenie poziomu lęku, wzrost samooceny

Wnioski

Przedmiotem badań były zmiany w obrazie samooceny i poziomie odczuwanego lęku u osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, które wzięły udział w zajęciach teatroterapeutycznych prowadzonych w grupie pacjentów jednej z placówek odwykowych. Badani uczestniczyli w cyklu zajęć, podczas których korzystano z elementów teatralnych do wsparcia procesu terapii uzależnień. Ich postępy były monitorowane za pomocą standaryzowanych narzędzi, które pozwoliły na ocenę poziomu lęku oraz samooceny uczestników przed rozpoczęciem zajęć i po zakończeniu cyklu. Ilościowa analiza rezultatów testów została uzupełniona analizą jakościową, przeprowadzoną na podstawie obserwacji i wywiadów. Przyjęto założenie, że zajęcia teatroterapeutyczne powodują korzystne zmiany w obrazie samooceny (rośnie poczucie własnej wartości) i przyczyniają się do obniżenia poziomu lęku u będących w procesie terapeutycznym osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych.

Zastosowane testy wykazały, że przed rozpoczęciem zajęć uczestnicy mieli wysoki poziom lęku (stanu i cechy). Po cyklu zajęć teatroterapii poziom lęku jako stanu u większości z nich znacznie się obniżył. Przed zajęciami testy wskazywały na niską lub bardzo niską samoocenę u badanych osób. Po zajęciach samoocena większości z nich wzrosła, osiągając przeciętny poziom. Wzrost ten był szczególnie widoczny u osób aktywnie angażujących się w zajęcia, podejmujących się odegrania ról wymagających większej ekspresji emocjonalnej i współpracy z innymi. Zajęcia teatroterapeutyczne sprzyjały zatem rozwijaniu umiejętności społecznych. Uczestnicy, którzy początkowo unikali interakcji, stali się bardziej zaangażowani i otwarci na współpracę. Wspólne przygotowywanie spektaklu i rozwiązywanie konfliktów w grupie budowało silne więzi i poczucie przynależności, co jest niezwykle istotne w procesie kształtowania, odbudowywania oraz wzmacniania odporności społecznej.

Teatroterapia pomogła w lepszym rozumieniu i wyrażaniu emocji. Na początku zajęć wielu uczestników miało trudności z ekspresją emocji, ale z czasem ich zdolność do naturalnego i pewnego wyrażania siebie znacznie się poprawiła. Stali się bardziej kreatywni i otwarci na nowe doświadczenia. Wyniki badań potwierdziły hipotezę, wykazując dobroczynny wpływ zajęć teatroterapeutycznych na poziom lęku jako stanu oraz samoocenę uczestników.

Podsumowanie

Na podstawie uzyskanych rezultatów można zarekomendować przeprowadzenie dalszych badań nad wpływem zajęć z zakresu teatroterapii na poziom lęku i samoocenę, aby szczegółowo opisać mechanizmy działania tej formy terapii. Powinny objąć większą grupę uczestników, co pozwoli na uzyskanie bardziej reprezentatywnych wyników. Szczególnie zalecany byłby dłuższy okres obserwacji, aby ocenić trwałość

efektów teatroterapii. Wyniki badań sugerują, że teatroterapia wpływa również na inne aspekty funkcjonowania uczestników, takie jak interakcje społeczne, ekspresja emocjonalna oraz umiejętności komunikacyjne. Można zatem pogłębić analizę tych zagadnień. Niewiele jest ponadto opracowań na temat zastosowania teatroterapii w leczeniu uzależnień, dalsze dociekania naukowe w tym zakresie są więc potrzebne do tego, aby lepiej zrozumieć potencjalne korzyści i ograniczenia tej metody.

Teatroterapia powinna być popularyzowana i integrowana z innymi formami terapii indywidualnej i grupowej, pomaga bowiem wspierać wszechstronny rozwój uczestników, przyczyniając się tym samym do wzmacniania ich odporności społecznej. Współpraca terapeutów teatroterapii z psychoterapeutami może przyczynić się do lepszego zrozumienia i wykorzystania potencjału teatroterapii w procesie leczenia uzależnień.

Ważne jest również, aby uczestnicy mieli możliwość kontynuowania działań artystycznych po zakończeniu formalnych zajęć teatroterapeutycznych. Organizowanie dodatkowych warsztatów, spotkań grupowych czy występów może pomóc w utrzymaniu i dalszym rozwoju umiejętności zdobytych podczas terapii.

Warto zauważyć, że teatroterapia dzięki swojemu doświadczeniowemu charakterowi może pełnić funkcję katalizatora gotowości do zmiany oraz wzmacniać psychologiczną elastyczność jednostki, co sprzyja procesowi wychodzenia z uzależnienia. Zintegrowanie jej z programami opartymi na koncepcji *resilience* stwarza szansę na budowanie długofalowej odporności jednostkowej i społecznej, a także może przyczynić się do tworzenia innowacyjnych modeli opieki terapeutycznej odpowiadających na wyzwania współczesności.

Wszelkie działania mające na celu kreowanie i wzmacnianie nowych parametrów tożsamości osób w kryzysie uzależnienia, korzystnie przekładające się na ich sytuację życiową, są niezwykle istotne w obliczu współczesnych zagrożeń. Troska o dobrostan obywateli szczególnie narażonych na ryzyko wykluczenia, pielęgnowanie ich indywidualnych zasobów (czynniki chroniących) w społecznościach lokalnych, zapewnianie poczucia bezpieczeństwa poprzez budowanie odporności społecznej, a w konsekwencji – przeciwdziałanie procesom marginalizacji i ekskluzji powinny zajmować priorytetowe miejsce w polityce społecznej państwa.

Bibliografia

- Badora A., *Dydaktyczne aspekty teatroterapii*, „Roczniki Pedagogiczne” 2015, t. 7(43), nr 2, s. 127–142.
- Bilikiewicz A., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1992.
- Boczkowska M., *Pojęcie resilience w ujęciu tradycyjnym i współczesnym*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny” 2019, t. 38, z. 4, s. 125–141, <https://doi.org/10.17951/lrp.2019.38.4.125-141>.

- Borucka A., *Koncepcja resilience. Podstawowe założenia i nurty badań* [w:] *Resilience. Teoria, badania, praktyka*, red. W. Junik, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2011, s. 11–28.
- Borucka A., Ostaszewski K., *Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia*, „*Medycyna Wieku Rozwojowego*” 2008, nr 2(12), s. 587–597.
- The British Association of Dramatherapists, <https://www.badth.org.uk> [dostęp: 15.06.2024].
- Czapów C., Jedlewski S., *Pedagogika resocjalizacyjna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1971.
- Dodziuk van Kooten A., *O poczuciu własnej wartości w leczeniu uzależnienia*, „*Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*” 2020, nr 6, s. 1–3.
- Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabczek K., Łaguna M., *SES. Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2008.
- Erickson C.K., *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2018.
- Jaworska A., *Leksykon resocjalizacji*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012.
- Jędrzejko M., Kowalewska A., *Narkomania – wybrane pojęcia i definicje* [w:] *Narkomania. Spojrzenie wielowymiarowe*, red. M. Jędrzejko, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2009, s. 19–64.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, red. S. Pużyński, J. Wciórka, Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000.
- Konieczna E.J., *Zastosowanie teatroterapii w praktyce pedagogicznej* [w:] *Od teatru pedagogicznego do teatru terapeutycznego*, red. W. Sikorski, A. Sikorska, Difin, Warszawa 2014, s. 61–62.
- Konopczyński M., *Metody twórczej resocjalizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Konopczyński M., *Twórcza resocjalizacja – zarys koncepcji metodycznej*, „*Probacja*” 2012, nr 2, s. 35–68.
- Kuntz H., *Narkotyki i uzależnienia. Wszystko, o czym należy wiedzieć*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2009.
- Majewski P.I., *ICD-11 – implikacje w badaniach i praktyce psychologiczno-pedagogicznej*, „*Lubelski Rocznik Pedagogiczny*” 2023, t. 42, z. 1, s. 123–139, <https://doi.org/10.17951/lrp.2023.42.1.123-139>.
- North American Drama Therapy Association, <https://www.nadta.org> [dostęp: 15.06.2024].
- Nowak M., *Pedagogiczne implikacje teatroterapii* [w:] *Od teatru do terapii. Tom I: Między teorią a praktyką*, red. A. Jaworska, B. Kasprzak, M. Nowak, A. Wojnarowska, M. Satanowski, Rekreacyjny Klub Nieprzetartego Szlaku, Lublin 2006, s. 19–30.
- Od teatru pedagogicznego do teatru terapeutycznego*, red. W. Sikorski, A. Sikorska, Difin, Warszawa 2014.
- Piowarczyk K., *Wykorzystanie metody teatroterapii a poziom lęku i samoocena osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (na przykładzie badań pacjentów Zakładu Lecznictwa Odwykowego „Szansa” w Pławniowicach)*, praca magisterska napisana pod kierunkiem dr Beaty Zinkiewicz, Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Kraków 2024.
- Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2: Psychologia ogólna*, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- Smith D.E., *The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction*, „*Journal of Psychoactive Drugs*” 2012, vol. 44, no. 1, s. 1–4, <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.662105>.

- Szaszkiewicz W., *Rodzina z problemem uzależnienia* [w:] *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, red. B. Bętkowska-Korpała, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2009, s. 268–295.
- Uzależnienia jako wyzwanie dla współczesnego pedagoga resocjalizacyjnego*, red. M.J. Dobijański, A. Kamiński, Ośrodek Wydawniczo-Poligraficzny SIM, Warszawa 2018.
- Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, red. B. Bukowska, J.C. Czabała, P. Jabłoński, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012.
- Wojcieszuk M., *Geneza i aktualna sytuacja teatroterapii w Polsce – zagadnienia wstępne* [w:] *Od teatru do terapii. Tom I: Między teorią a praktyką*, red. A. Jaworska, B. Kasprzak, M. Nowak, A. Wojnarowska, M. Satanowski, Rekreacyjny Klub Nieprzetartego Szlaku, Lublin 2006, s. 35–40.
- Wojciszke B., *Psychologia społeczna*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2011.
- Wrześniewski K., Sosnowski T., Jaworowska A., Fecenec D., *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja STAI. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2011.

Znaczenie teatroterapii w procesie transformacji obrazu samooceny oraz redukcji lęku osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych

Streszczenie

W artykule przedstawiono teoretyczno-empiryczną analizę znaczenia teatroterapii jako metody wykorzystywanej w terapii osób w kryzysie uzależnienia, ze szczególnym uwzględnieniem jej dobroczynnego wpływu na obraz samooceny oraz redukcję lęku. Ogólnie zarysowano przesłanki teoretyczne, skupiając się przede wszystkim na zdefiniowaniu kluczowych pojęć (uzależnienia w kontekście lęku i samooceny, twórczej resocjalizacji, teatroterapii). W metodologicznej części tekstu opisano koncepcję badań (cel, przedmiot badań, problematykę, hipotezę, metody, techniki, narzędzia badawcze). W przeprowadzonych badaniach autorki przyjęły strategię ilościowo-jakościową, wykorzystując metodę studium przypadku z elementami eksperymentu pedagogicznego z zastosowaniem kilku technik i narzędzi. Analiza uzyskanych wyników pozwoliła potwierdzić ogólną hipotezę zakładającą korzystne oddziaływanie metody teatroterapii na zmniejszenie poziomu lęku i poprawę obrazu samooceny, a także na inne parametry funkcjonowania osób objętych terapią związane z umiejętnościami społecznymi.

Słowa kluczowe: twórcza resocjalizacja, teatroterapia, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, odporność społeczna

The Significance of Theatre Therapy in the Transformation of Self-Esteem Perception and the Reduction of Anxiety in Individuals with Psychoactive Substance Addiction

Abstract

This article presents a theoretical and empirical analysis of the significance of theatre therapy as a method used in the treatment of individuals experiencing addiction crises, with particular emphasis on its beneficial impact on self-esteem perception and anxiety reduction. The study consists of three sections. The first one provides a general overview of the theoretical foundations, focusing primarily on defining key variables, including addiction in the context of anxiety and self-esteem, creative social reintegration, and theatre

therapy. The second, methodological section of the text presents a description of the research framework, including research objectives, subject of study, research problems, hypothesis, methods, techniques, and research tools. In the research process, the authors adopted a mixed-method strategy, using the case study method with elements of a pedagogical experiment, employing several techniques and tools. The third section of the article presents an analysis of the research findings. The study concludes with findings and a summary, including a conclusion that confirms the general hypothesis, assuming the beneficial impact of theatre therapy both on the reduction of anxiety levels and the improvement of self-esteem perception, but also on other aspects of functioning among individuals undergoing therapy, related to broadly understood social skills.

Keywords: creative social reintegration, theatre therapy, theatre-based therapy, psychoactive substance addiction, social resilience

