

SOCJOTERAPIA W SZKOLE

JAROSŁAW JAGIEŁA

SOCJOTERAPIA W SZKOLE

KRÓTKI PORADNIK PSYCHOLOGICZNY

 **Rubikon**
WYDAWNICTWO

KsięgarniaRubikon.pl

© Copyright by Wydawnictwo **Rubikon**

Redakcja i korekta:
Anna Grochowska-Piróg

Projekt okładki
Katarzyna Raputa

Skład, łamanie, redakcja techniczna:
Andrzej Witek

Kraków 2007

ISBN 987-83-89947-46-8

Katarzyna Król
Wydawnictwo i Hurtownia **Rubikon**
ul. Na Leszczu 17
30-376 Kraków
tel. 12 398 18 43, fax. 12 398 18 44
www.KsiegarniaRubikon.pl
REGON 351450547
NIP 9441471182

Spis treści

Wprowadzenie	7
Rozdział I	
Co to jest socjoterapia?	12
Rozdział II	
Problemy z zachowaniem	31
Rozdział III	
Diagnoza socjoterapeutyczna	58
Rozdział IV	
Zajęcia socjoterapeutyczne	72
Rozdział V	
Praca socjoterapeutyczna z grupą	104
Rozdział VI	
Kwalifikacje socjoterapeutyczne	139
Zakończenie	164
Przykładowe programy socjoterapeutyczne	167

Zakres wiedzy i umiejętności profesjonalnych terapeutów i trenerów grupowych	177
Dodatek	180
Ćwiczenia	188
Bibliografia	203

Wprowadzenie

We współczesnej szkole lawinowo narastają problemy, do jakich przeciętny nauczyciel czy wychowawca jeszcze do niedawna nie był przygotowywany. Zjawisko to trafnie opisuje Otto Spack w swojej książce *Być nauczycielem*: „Pod wpływem przemian społeczno-kulturalnych, zwłaszcza zaś w wyniku przeobrażeń w dziedzinie wartości oraz pluralistycznej socjalizacji, wychowanie znalazło się w stadium krytycznym”¹. Z kolei w naszej prasie epatują czytelników sensacyjne tytuły artykułów w stylu: „Przemoc zalewa nasze szkoły”. Publikacje te nasiliły się szczególnie po samobójstwie 14-letniej Ani z Gdańska, brutalnie upokorzonej przez swoich kolegów z klasy.

Przemocy i zaburzeniom zachowania uczniów należy profesjonalnie przeciwdziałać. Jednym ze sposobów są zajęcia o charakterze socjoterapeutycznym, które mogą być realizowane nie tylko w wyspecjalizowanych świetlicach osiedlowych, ale także na terenie miejscowej szkoły. Sprawa nie jest błaha. „Okolo 30% uczniów ze względu na specyficzne problemy edukacyjno-wychowawcze nie można zaliczyć do tzw. normy. Są wśród nich dzieci z ADHD, z ze-

¹ O. Spack, *Być nauczycielem. Trudności wychowawcze w czasie zmian społeczno-kulturowych*, GWP, Gdańsk 2005, s. 20.

społem tików, dzieci po traumatycznych przeżyciach. Są też takie, które nie są zdiagnozowane (i nazwane) przez specjalistów, a stanowią swoiste wyzwanie wychowawczo-edukacyjne dla nauczycieli. I jest ich coraz więcej”². Podobnych obserwacji dokonują autorzy w krajach Europy Zachodniej: „Około 20% nastolatków przeżywa poważne problemy i należałoby im udzielić pomocy psychologicznej”³. Podczas stażu klinicznego na oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży dane mi było obserwować, jak wzrastająca liczba przypadków typowych zaburzeń zachowania niemal „rozsadza” dotychczasowe ramy klasycznego leczenia psychiatrycznego młodocianych.

Dla wielu osób słowo: „socjoterapia” nie będzie terminem rozumianym jednoznacznie. Ktoś skojarzy go z mniej lub bardziej nieokreślonym rodzajem terapii społecznej, ktoś inny ze świetlicami socjoterapeutycznymi lub profilaktyką społeczną uprawianą przez socjologów. Podobnie jest w środowisku oświatowym. I tu działania socjoterapeutyczne nie przez wszystkich będą pojmowane zgodnie z ich rzeczywistym znaczeniem. Wielu nauczycieli nie wie nawet, czym tak naprawdę zajmuje się socjoterapia. Dla nich głównie napisana została ta książka, która ma charakter bardziej propedeutyczny niż jest wyczerpującym i pogłębionym wykładem zagadnienia. Ma ona również stanowić użyteczną pomoc dla tych wszystkich (np. dyrektora szkoły, pedagoga szkolnego itd.), którzy pragną zorganizować na terenie szkoły podobne zajęcia, a sam termin i charakter tego rodzaju terapii nie jest dla nich zbyt czytelny.

² A. Lorenc-Steinmec, A. Zaręba, *Zapobiec kryzysowi, czyli o grupach wsparcia dla nauczycieli*, „Psychologia w szkole”, nr 2, 2007, s. 29.

³ N.G. Ribner, *Terapia nastolatków*, GWP, Gdańsk 2005, s. 46.

Relacja między teorią a praktyką socjoterapii wyraźnie wskazuje na społeczne zapotrzebowanie i prymat zwyczajnej oraz codziennej, często bardzo efektywnej, pracy socjoterapeutycznej nad refleksją naukową na ten temat. Świadczy o tym liczba powstających świetlic socjoterapeutycznych, ośrodków kuratorskiej pracy z dziećmi i młodzieżą, czy też realizacja socjoterapii na różnorodnych zajęciach o charakterze wyrównawczym, kompensacyjnym czy korekcyjnym. Praktyka wyprzedza tu teorię. Nie ma w tym nic niezwykłego, wiele dziedzin wiedzy powstawało i funkcjonuje nadal w taki właśnie sposób, by wspomnieć choćby o samej pedagogice. Walter Herzog porównując psychologię z pedagogiką pisze: „Podczas gdy w psychologii najpierw istnieje nauka, a potem powstaje praktyka, to w pedagogice jest właśnie odwrotnie: najpierw istnieje praktyka, z której stopniowo wyrasta nauka. Tym samym pedagogika jawi się – nie tylko w stosunku do sąsiedniej gałęzi wiedzy, jaką jest psychologia – o wiele bardziej jako *sfera praktyczna* niż jako dyscyplina naukowa”⁴.

Podstawowym celem zajęć socjoterapeutycznych, przez które będziemy rozumieli specyficzny rodzaj terapii grupowej zaburzeń zachowania dzieci i młodzieży, jest stworzenie uczestnikom warunków do zaistnienia procesu korekcji swojego postępowania, na co składa się:

- przebudowa negatywnych sądów poznawczych o sobie i innych;

⁴ W. Herzog, *Pedagogika a psychologia*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2006, s. 14.

- przeżycie emocjonalnego korektywnego doświadczenia będącego alternatywą dla wcześniej przeżytych urazów;
- wypróbowanie nowych efektywnych wzorców zachowań.

Powyższy proces może odbywać się w formie:

- wyodrębnionych, osobnych zajęć (np. realizowanych w świetlicach socjoterapeutycznych);
- zajęć uzupełniających inne formy (np. zajęć turystycznych, sportowych, kółek zainteresowań, wyspecjalizowanych drużyn harcerskich itp.).

W przypadku zajęć socjoterapeutycznych poświęconych wyłącznie temu celowi, warto aby nie posiadały one stygmatyzującego dla dzieci miana „terapii”. Takie określenie może występować w oficjalnych dokumentach, natomiast uczestnicy powinni przychodzić na spotkania pod tajemniczym hasłem, np. „Koło Poszukiwaczy Innego”, „Spotkania popołudniowe”, „Świetlica gier i zabaw”, czy „Zamknięte spotkania drużyny harcerskiej” itp. Najlepiej, aby nazwę wymyślili sami uczestnicy. Gdy zajęcia na terenie szkoły mają charakter socjoterapeutyczny, uniknięcie takiego piętnującego i etykietującego charakteru spotkań jest znacznie łatwiejsze. Ostatecznie o tym, czy będą one socjoterapeutycznymi, decydują realizowane rzeczywiste cele oraz sposób prowadzenia ich przez odpowiednio przygotowanego specjalistę.

„Socjoterapia, odwołując się do naturalnych sytuacji społecznych, z ich elementami terapeutycznym, stanowi szansę na korekturę i wzbogacanie siebie o nowe doświadczenia, niosące nieco odmierne, adekwatne do rzeczywistości treści o sobie i innych. Wynikające z nich nowe

zachowania, przenoszone na grunt szkolny, mogą ulegać wzmocnieniu i utrwalać się pomimo niekorzystnych warunków rodzinnych. Tym samym więc środowisko szkolne i grupa socjoterapeutyczna mogą stać się sprzymierzeńcem konstruktywnych zmian w zachowaniu i postawach wobec siebie i innych ludzi”⁵.

Niniejsza publikacja jest bardzo skrótową i zwięzłą prezentacją podstawowych zagadnień związanych z socjoterapią. Ich pełne rozwinięcie czytelnik może znaleźć w dostępnej w języku polskim literaturze uzupełniającej, zamieszczonej na końcu książki (zaznaczono książki i artykuły o charakterze podstawowym z zakresu różnego rodzaju terapii, jak i pozycje zawierające zestawy przydatnych ćwiczeń, zabaw interakcyjnych i technik).

Autor żywi nadzieję, że prezentowany przewodnik stanie się pomocą wprowadzającą w problematykę socjoterapii. Trzeba jednak podkreślić, że nie wyczerpuje on całości zagadnienia i nie zastąpi pełnego profesjonalnego przygotowania do prowadzenia tego typu zajęć, które dają tylko specjalistyczne studia podyplomowe.

⁵ K. Sawicka, *Socjoterapia jako forma pracy z dziećmi i młodzieżą przejawiającymi zaburzone zachowania*, [w:] *Terapia dzieci i młodzieży. Metody i techniki pomocy psychopedagogicznej*, (red.) I. Dąbrowska-Jabłońska, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, s. 82.

Rozdział I

Co to jest socjoterapia?

*Wszelka sztuka powinna stać się nauką,
wszelka nauka – sztuką.*

Fryderyk Schlegel (1772-1829)
indolog i kulturoznawca

Pojęcie socjoterapia (łac. *socius* – towarzysz, ang. *sociotherapy*) najwcześniej pojawiło się w psychiatrii, gdzie rozumiane było jako „metoda, która stawia sobie za zadanie niedopuszczenie do wyizolowania chorego z życia, a jeśli do tego już doszło, włączenie go do tego życia z powrotem, uwzględniając i wykorzystując do tego celu wszystkie czynniki socjalne”⁶. Socjoterapia stała się więc swoistym rodzajem terapii środowiskowej. Z czasem w jej obszar zaczęto włączać szeroki zakres różnego rodzaju psychiatrycznych oddziaływań społecznych – od tzw. spotkań społeczności terapeutycznej, w skład której wchodzi zarówno pacjenci jak i cały personel medyczny, terapii zajęciowej, oddziaływań na rodzinę pacjenta, aktywność

⁶ H. Wardaszko-Łyskowska, *Analiza roli socjoterapii we współczesnej psychiatrii*, Wyd. AM, Warszawa 1966.

w stowarzyszeniach i klubach byłych pacjentów, po proces rehabilitacji leczniczej i zawodowej w zakładach pracy chro-
nionej. Uznano, że „wszystkie rodzaje psychoterapii grupowej
mają w sobie elementy socjoterapeutyczne”⁷. Takie rozumie-
nie przejęła też psychologia twierdząc, że socjoterapia to:
„organizowanie środowiska społecznego pacjenta w tym kie-
runku, by w możliwie dużym stopniu sprzyjało wyzdrowie-
niu i utrzymywaniu zdrowia chorego z osobami z otoczenia
społecznego (inni chorzy, personel medyczny, najbliżsi) dla
przebiegu procesu leczenia”⁸. Najogólniej można powiedzieć,
że powyższe definicje uczyniły socjoterapię głównie dome-
ną psychiatrii i objęły jej zakresem niezwykle szeroki i różno-
rodny obszar oddziaływań terapeutycznych.

Pedagogika w podobny sposób (przynajmniej do pew-
nego momentu) ujmowała wspomnianą dziedzinę. W jed-
nym z leksykonów pedagogicznych czytamy: „Socjoterapia
(terapia społeczna) – jedna z metod leczenia zaburzeń psy-
chicznych polegająca na wykorzystaniu oddziaływań natury
społecznej; jej celem może być sam chory (np. jego nieumie-
jętność współdziałania z otoczeniem) lub układy społeczne,
które go otaczają (np. rodzina, społeczność lokalna, system
społecznego oparcia), jeżeli przez swą dysfunkcjonalność
wyzwalają, potęgują lub utrwalają objawy choroby. Udział
socjoterapii w planie leczenia może być różny: czasem sta-
ra się ona poszerzyć dostępny choremu zakres umiejęt-
ności społecznych (terapia zajęciowa, terapia pracą), czasem
modyfikować otaczające go układy (praca z rodziną, spo-

⁷ *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, (red.) L. Korzeniowski, S. Puzyński, PZWL, Warszawa 1972, s. 332

⁸ *Słownik psychologiczny*, (red.) W. Szewczuk, WP, Warszawa 1985, s. 290.

łeczność lecznicza), albo też czasowo lub trwale zastępować utrwalone nieprawidłowe układy z innymi (stowarzyszenia i kluby pacjentów, opieka rodzinna i inne⁹).

Od połowy lat osiemdziesiątych i w latach dziewięćdziesiątych XX wieku wyraźnie zawęża się znaczenie pojęcia socjoterapii, przynajmniej w naszych rodzimych warunkach, gdy zaczął się rozwijać i dynamizować ruch pomocy psychologicznej w oświacie. Pionierami socjoterapii byli tu pedagodzy i psychologowie pracujący nad samorealizacją i rozwojem umiejętności interpersonalnych głównie w perspektywie psychologii humanistycznej. Autorzy definicji pojęcia socjoterapii kładą przede wszystkim punkt ciężkości na różne aspekty pracy psychokorekcyjnej i psychoedukacyjnej z dziećmi i młodzieżą, nie wykluczają jednak zastosowania metody socjoterapii w pracy z dorosłymi. Wspólnym obszarem definiowania jest akcent na działania przez grupę i w grupie, z konstruktywnym dorosłym, w drodze dążenia do zmiany zachowań, sądów urazowych o sobie i o świecie. Socjoterapeutów odchodzących od wąskomedycznego rozumienia tej dziedziny zaczyna łączyć interpersonalny i komunikacyjny obszar konstruktywnej pracy w kontekście społecznym, który jest nieprawidłowy i degradowuje rozwój jednostki. Celem metody staje się konieczność stwarzania prawidłowych czynników zmiany, dzięki której osoba poddana socjoterapii będzie mogła wchodzić w satysfakcjonujące relacje społeczne i osiągać osobiste cele z zastosowaniem społecznie akceptowanych środków¹⁰.

⁹ B. Milerski, B. Śliwowski, *Pedagogika. Leksykon PWN*, Warszawa 2000, s. 204.

¹⁰ A. Matyja, *Metody i techniki stosowane w socjoterapii*, „Publikacje Edukacyjne”, 2005/2006, nr 4.

Termin ten zaczyna więc oznaczać taki rodzaj terapii grupowej, który dotyczy zaburzeń zachowania i adresowany jest głównie do dzieci oraz młodzieży. Można zadać sobie pytanie: dlaczego socjoterapia odbywa się w formie zajęć grupowych? Otóż dlatego, że:

- trudno uczyć zachowań społecznych w pojedynkę (jak w przypadkach psychoterapii indywidualnej);
- jest to terapia tańsza od indywidualnej i w większym stopniu wykorzystuje kwalifikacje zawodowe socjoterapeutów;
- grupa bardziej zachęca do zmian zachowania niż czyniłby to pojedynczy terapeuta;
- grupa jest mikrokosmosem szerszego środowiska społecznego, co poszerza zakres oddziaływań;
- grupa jest naturalnym środowiskiem rozwoju i edukacji dzieci i młodzieży (grupa rówieśnicza, klasa szkolna);
- grupa daje możliwość odczucia przynależności, uczuć często nieobecnych u uczestników tego typu zajęć terapeutycznych;
- dzięki grupie można dostrzec podobieństwa z innymi, co samo w sobie zapobiega społecznej izolacji.

W przypadku socjoterapii z szerokiej palety środowiskowych oddziaływań terapeutycznych wybrane zostają tylko te, które mają na celu korygowanie niepożądanych zachowań będących, jak się przyjmuje, skutkiem traumatycznych wcześniejszych doświadczeń życiowych. Działania te odniesione zostają głównie do określonego (rozwojowego) przedziału wiekowego uczestników tego rodzaju zajęć grupowych, tj. dzieci i młodzieży. U znakomitej większości

przedstawiciele środowiska polskich terapeutów ugruntowuje się zgodne przekonanie, że przez socjoterapię należy od-
tąd rozumieć: „[...] metodę leczenia zaburzeń zachowania i niektórych zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży w toku spotkań grupowych. Możemy więc socjoterapię traktować jako formę pomocy psychologicznej adresowaną do dzieci i młodzieży, pośrednią między psychoterapią a psychoedukacją i treningiem interpersonalnym”¹¹. Do tej definicji przyjdzie nam jeszcze powrócić.

Dodajmy, że w innych krajach powstają bardzo podobne, a czasem wręcz tożsame z naszą rodzimą socjoterapią, formy terapii adresowane do dzieci i młodzieży. We Francji funkcjonuje np. termin „szkolna pedagogika lecznicza”, która w wersji zbiorowej prowadzona jest w klasach readaptacji. „Pedagogika lecznicza – pisze Roger Bley – nie jest ani reedukacją, ani pedagogiką, ani psychoterapią, a jednak przy analizie okazuje się, że ma w sobie coś ze wszystkich tych trzech dziedzin”¹². Istnieją tu, rzecz jasna, różnice wynikające z lokalnych uwarunkowań, np. działania te, zbliżone do reedukacji, silnie osadzone są we freudowskiej psychoanalizie i określane bywają jako „pedagogika resocjalizacji popędów”¹³. Z kolei w krajach niemieckojęzycznych wiele z praktyk socjoterapeutycznych mieści się w pojęciu *Heil Pädagogie*, gdzie chodzi o „całość poczynąń edukacyjnych służących pomocą dzieciom mającym trudności, wykazującym zaburzenia zachowania [...] pochodzenia fizycznego

¹¹ *Socjoterapia*, (red.) K. Sawicka, CMPP, MEN, Warszawa 1999, s. 10.

¹² R. Bley, *Szkolna pedagogika lecznicza* [w:] *Rozprawy o wychowaniu. Filozoficzne, psychologiczne i socjologiczne aspekty wychowania*, (red.) M. Debesse, G. Mialaret, t. I, PWN, Warszawa 1988, s. 239.

¹³ Tamże, s. 251.

lub psychicznego, w celu poprawy ich stanu”¹⁴. Tak więc, zależnie od rodzimych tradycji, działania pomocowe skierowane do dzieci i młodzieży wykazujących zaburzenia zachowania sytuują się w różnego rodzaju dziedzinach na styku wychowania i psychoterapii. W naszych warunkach socjoterapię należy umiejscowić w obszarze pomocy psychopedagogicznej.

Socjoterapia jest rodzajem pomocy psychopedagogicznej

Słowo „pomoc” oznacza sytuację, w której ktoś określony podejmuje w dobrej wierze działanie w stosunku do innej osoby w celu ulżenia jej doli (udzielenie wsparcia, ratowanie w niebezpieczeństwie, dostarczenie pewnych dóbr lub usług itd.). Udzielamy więc pomocy zasadniczo na siedem podstawowych sposobów¹⁵:

- informowanie,
- działanie bezpośrednie,
- nauka i trening,
- zmiana systemu,
- obrona interesów,
- zapoznavanie z oddźwiękiem,
- doradzanie.

W tym znaczeniu istnieje bardzo wiele form pomocy w kontekście niejako merytorycznym, zależnie od rodzaju problemu oraz osób czy grup ludzi, np. mówimy o pierw-

¹⁴ Tamże, s. 236.

¹⁵ S. Murgatroyd, *Poradnictwo i Pomoc*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2000, s. 15.

szej pomocy, pomocy drogowej, pomocy socjalnej, biurowej, kuchennej, prawnej, materialnej, duchowej, itd. Pomoc jest więc jednym z bardzo wielu rodzajów relacji (obok przyjaźni, rywalizacji, współdziałania itd.), w jakie wchodzą między sobą ludzie. W życiu codziennym nieustannie albo takiej pomocy od kogoś oczekujemy, albo też udzielamy jej innym. Ustawiamy się wówczas w dwóch przeciwstawnych rolach: osoby wspomaganej i tej, którą możemy określić jako wspomagającej. W dużym stopniu całe życie społeczne oparte jest na wzajemnej wymianie świadczonych sobie form pomocy. Nieprzypadkowo więc jeden z czołowych amerykańskich psychoterapeutów Carl Rogers miał stwierdzić, że pomoc nie jest wyłączną aktywnością profesjonalistów, lecz sposobem bycia wobec innych.

Pomoc można analizować i klasyfikować w różnorodny sposób. Istnieje bowiem pomoc stała (ciągła) lub doraźna (okazyjna), profesjonalna (wykwalifikowana) i nieprofesjonalna (niefachowa), intencjonalna i nieintencjonalna, itd. Wśród tych różnorodnych przejawów pomocy odnajdujemy **pomoc psychologiczną**. Uważa się, że jest to świadoma aktywność profesjonalna, polegająca na operowaniu środkami psychologicznym w celu udzielenia pomocy osobom cierpiącym psychicznie lub poszukującym własnej drogi rozwoju osobistego, społecznego i zawodowego. Takie rozumienie pomocy psychologicznej zakłada profesjonalizm oddziaływać, ale pomoc psychologiczna może również być udzielana w sposób nieprofesjonalny, np. wtedy, gdy koleżanka pozwala się wyplakać i odreagować silne emocje swojej zrozpaczonej przyjaciółce. Pomoc psychologiczna ma także różne oblicza. Istnieje **interwencja kryzysowa**, gdy

w nagłych i krytycznych zdarzeniach życiowych (katastrofa, śmierć kogoś bliskiego, wypadek, pożar itd.) zmierza się do udzielenia wsparcia i podtrzymania emocjonalnego, pomocy w zrozumieniu dramatycznej sytuacji, czy przekazania sposobów uporania się z kłopotem.

Rehabilitacja psychologiczna to z kolei oddziaływanie psychologiczne na osoby niepełnosprawne fizycznie lub psychicznie celem przystosowania do życia w zmienionych okolicznościach po przebyciu urazu. Jak uważają niektórzy: „jest jedną z form psychoterapii. Polega ona [...] na wytworzeniu akceptacji własnej sytuacji życiowej, w której występują utrudnienia spowodowane kalectwem”¹⁶. **Psychoprofilaktyka** natomiast sprowadza się najczęściej albo do ujawnienia możliwości rozwojowych jednostki i zapobiegania powstawaniu zaburzeniom psychicznym (tzw. profilaktyka pierwotna), lub/i minimalizowania skutków tych zaburzeń wtedy, gdy miały już miejsce (profilaktyka wtórna).

Wiele osób utożsamia pomoc psychologiczną wyłącznie z **psychoterapią**, która jako specjalistyczna metoda leczenia zaburzeń psychicznych sprowadza się do oddziaływania głównie za pomocą wyspecjalizowanych metod i technik psychologicznych. To odróżnia psychoterapię od psychiatrii, która posługuje się oddziaływaniami medycznymi (farmakoterapia, zabiegi fizykoterapeutyczne, kiedyś neurochirurgia itd.). Istotą psychoterapii jest powstanie, utrzymanie przez konieczny czas i rozwiązanie relacji terapeutycznej. Psychoterapia odbywa się w formie indywidualnej, grupowej oraz rodzinnej i małżeńskiej. Koncentruje się głównie na szuka-

¹⁶ K. Klimasiński, *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2000, s. 167.

niu przyczyn i usuwaniu zaburzeń psychicznych, przeżyciu korekcyjnego emocjonalnego doświadczenia, wzbudzeniu nadziei i szeregu jeszcze innych czynników leczniczych.

Nie wszystkie odmiany pomocy psychologicznej stawiają sobie powyższe cele. Przykładowo, **trening interpersonalny** (nazywany też treningiem grupowym) adresowany jest do osób zdrowych psychicznie i służy rozwijaniu właściwości psychicznych, które są niezbędne w podejmowaniu satysfakcjonujących kontaktów z innymi ludźmi (empatia, otwartość na siebie i innych, autentyczność, umiejętność wyrażania własnych uczuć itp.). Zajęcia te odbywają się w kilkuosobowych grupach, gdzie zachodzące zdarzenia intrapsychiczne i interpersonalne dostarczają uczestnikom nowych doświadczeń w byciu z samym sobą i z innymi ludźmi. Mechanizm zmiany polega na ujawnianiu samego siebie oraz przyjmowaniu i nadawaniu informacji zwrotnych. Należy podkreślić – na co zwraca uwagę Krzysztof Jedliński¹⁷ – że trening interpersonalny był od początku przedsięwzięciem edukacyjnym, zapoczątkowanym tuż po wojnie w Stanach Zjednoczonych przez uczniów Kurta Lewina jako warsztaty dla kadry kierowniczej finansowane przez agendy rządowe. Stąd też ta forma pomocy psychologicznej nie jest metodą leczenia, lecz służy rozwijaniu wielu dyspozycji psychicznych, które mają poprawić dobre funkcjonowanie społeczne i satysfakcjonujące relacje z innymi ludźmi. Ten edukacyjny aspekt treningu interpersonalnego przybliża go do kolejnego rodzaju pomocy psychologicznej, jaką jest **psychoedukacja**, która przebiega według założonego

¹⁷ K. Jedliński, *Trening interpersonalny*, Wydawnictwo W.A.B. Warszawa 1997.

programu uczenia się, a jej celem jest nabycie określonych umiejętności psychologicznych, np. komunikowania się, asertywności, podejmowania decyzji, negocjacji, rozwiązywania problemów, prowadzenia małej grupy, umiejętności wychowawczych itp. Mechanizmem zmiany są tu ćwiczenia dotyczące nowych zachowań i umiejętności, przy zapewnieniu klimatu bezpieczeństwa, życzliwości i zaufania.

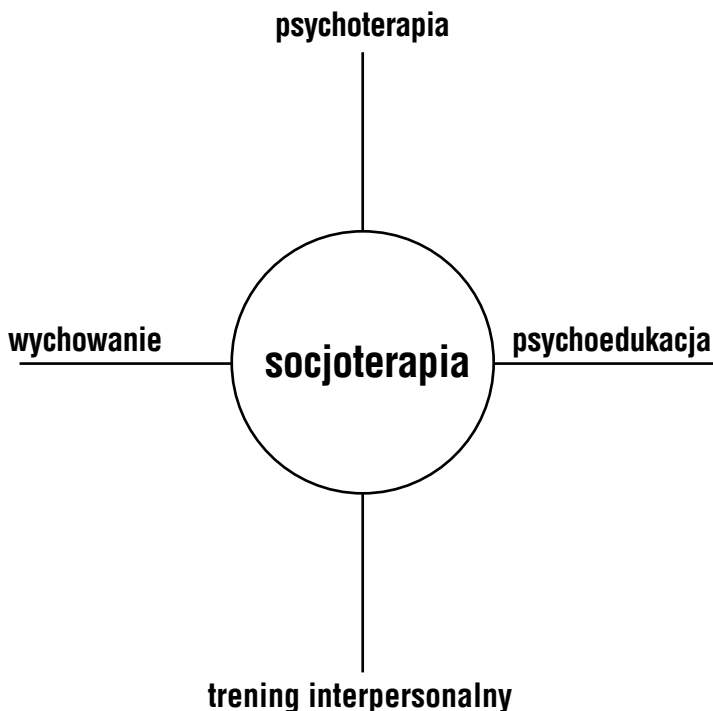
W zakres pomocy psychologicznej włączane są też czasem inne pojęcia i przejawy aktywności psychologów, jak choćby **promocja zdrowia**, rozumiana jako proces umożliwiający człowiekowi kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę¹⁸, czy **poradnictwo**. Oddział Psychologii Doradczej Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego określił poradnictwo jako: „pomaganie poszczególnym jednostkom w pokonywaniu przeszkód znajdujących się na drodze do ich osobistego rozwoju, gdziekolwiek je napotykają, oraz w optymalnym pobudzaniu indywidualnych źródeł rozwoju”¹⁹. Pierwsze z pojęć mieści się z powodzeniem w psychoprophylaktyce, drugie uważane jest potocznie za „coś mniej” niż psychoterapia, choć w niektórych krajach zawód doradcy jest wyraźnie wyodrębniony od zawodu psychoterapeuty.

Skoro przyjąłmy, że socjoterapia jest czymś pośrednim między psychoterapią, treningiem interpersonalnym a psychoedukacją, to najkrócej można powiedzieć, że istotą psychoterapii jest psychologiczne leczenie zaburzeń psychicznych. Trening interpersonalny, tak jak psychoedukacja, ma służyć ludziom zdrowym w celu polepszenia ich społecznego funkcjonowania i nabycia określonych umiejętności psycho-

¹⁸ Definicja przyjęta w tzw. Karcie Ottawskiej w 1986 roku.

¹⁹ Za: S. Murgatroyd, *Poradnictwo i Pomoc*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2000, s. 16.

logicznych. Trzeba tu też włączyć, w kontekście socjoterapii, szeroko rozumiane wychowanie, które jest intencjonalnym kształtowaniem osobowości dzieci i młodzieży.



Dla wielu osób socjoterapia może być utożsamiana z psychoterapią dzieci i młodzieży. Warto więc uświadomić sobie istniejące tu różnice, jak i podobieństwa. Typowa psychoterapia, posługująca się głównie technikami werbalnymi, nie zawsze jest adekwatną propozycją dla interesującej nas grupy wiekowej, i możliwą do zastosowania. Dzieci nie

zawsze wykazują gotowość do mówienia o swoich problemach emocjonalnych i głębszych przeżyciach, szczególnie w obecności innych rówieśników. Ów brak gotowości może wynikać z nieuświadomienia sobie ich w pełni lub też powodem może być brak odwagi uzewnętrzniania swoich przeżyć i trudności z obawy przed dorosłymi i niekiedy rówieśnikami, którzy są często źródłem negatywnych doznań emocjonalnych. Przełamywanie barier obronnych w terapii dzieci (brak zaufania i rezerwa wobec innych, tłumienie reakcji emocjonalnych, ograniczona wyobraźnia) wydaje się więc czasami bezcelowe, podczas gdy w terapii młodzieży starszej i dorosłych uzyskanie wglądu w istotę problemu jest możliwe i może być wskazane. Toteż w socjoterapii dzieci i młodzieży istotniejszą rolę odgrywa wzmocnienie osobowości niż docieranie do przeszłych doświadczeń i uświadamianie ich sobie oraz powiązanie z aktualnie występującymi wzorami zachowań, co jest charakterystyczne bardziej dla psychoterapii i tylko w tym zakresie może być zbieżne z tą dziedziną.

W obszarze zainteresowań socjoterapii pozostają dzieci mające problemy szkolne, które związane są z deficytami parcjalnymi (cząstkowymi), co może być przyczyną ich trudnych zachowań na terenie szkoły, dzieci nadpobudliwe, które swoim zachowaniem sprawiają kłopoty dorosłym, dzieci, które mają trudności w nauce nie ze względu na upośledzenie umysłowe, lecz ze względu na opóźnienia szkolne i zaniebdanie dydaktyczne, oraz uczniowie agresywni, wyrządzający swoim zachowaniem wiele szkód.

Zjawisko narastającej liczby zaburzeń zachowania jest problemem nie tylko polskim. Dane amerykańskie

(U.S. Department of Justice, 1994)²⁰ mówią, że szacunkowo 1–4 milionów dzieci i nastolatków w Stanach Zjednoczonych wykazuje różnorodne kłopoty z zachowaniem, a młodociani przestępcy w wieku 12–19 lat stanowią najbardziej dynamiczną grupę wiekową, biorąc pod uwagę liczbę aresztowań za napady, gwałty i kradzieże. Według polskich badań²¹ przeprowadzonych w 150 szkołach w ramach programu „Szkoła bez przemocy”, przeprowadzonych przez dr Annę Gizy-Poleszczuk z Instytutu Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, aż 29% uczniów doświadczyło w ostatnim okresie przemocy fizycznej ze strony rówieśników; 11% przymuszono do zrobienia czegoś wbrew ich woli. Z badania wynika też, że 44% uczniów doświadczyło ze strony rówieśników przemocy psychicznej (obrażano ich lub zmyślano), 31% było przedmiotem plotek i obmawiania, 14% uczniów przyznało, że zostało okradzionych przez rówieśników, 8% zostało dotkliwie pobitych.

Z badania wynika też, że 54% uczniów w szkołach ponadgimnazjalnych, 52% w gimnazjach i 33% w szkołach podstawowych co najmniej raz w ostatnim roku szkolnym weszło w konflikt z nauczycielami. Są to dane na tyle wymowne, iż nie wymagają szerszych uzasadnień dla podejmowania różnorodnych programów profilaktyki oraz organizacji zajęć typu socjoterapeutycznego w szkole.

Reasumując możemy przyjąć, że w naszych rodzimych warunkach socjoterapia jest jednym z wyspecjalizowanych

²⁰ Za: A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 318.

²¹ *Przemoc w szkole: problem uczniów i nauczycieli*, onet.pl, 21 kwietnia 2006.

oraz wyodrębnionych rodzajów pomocy psychopedagogicznej. Nie zapominajmy jednak o tym, że w praktyce wiele odmian tego rodzaju pomocy upodabnia się do siebie, a różnice – jeśli się pojawiają – dotyczą głównie zakładanych celów oraz sposobów i procedur osiągnięcia owych celów.

Cele socjoterapii

W socjoterapii przyjmuje się, że korekta zaburzeń zachowania będzie dokonywać się wskutek organizowania takich sytuacji społecznych w czasie zajęć grupowych, gdzie uczestnicy będą mieli okazję do korekty oraz kompensacji swoich wcześniejszych doświadczeń traumatycznych i emocjonalnych, co spowoduje, że w konsekwencji nauczą się nowych sposobów reagowania. Jednym z ważnych czynników leczniczych, tak jak w przypadku innych rodzajów terapii, jest *katharsis*, czyli odreagowanie emocjonalnych napięć oraz uczenie się nowych i skutecznych umiejętności psychologicznych.

Cele socjoterapii można więc za Zofią Sobolewską²² sprowadzić do:

- 1) celów terapeutycznych – dostarczanie wzorców zachowań pożądaných umożliwiających wypróbowanie i wyćwiczenie tych zachowań oraz odreagowanie napięć emocjonalnych;
- 2) celów edukacyjnych – zapoznanie dzieci z zagadnieniami, które ułatwią funkcjonowania społeczne i radzenie sobie z problemami, umiejętność rozwiązywania konfliktów

²² Z. Sobolewska, *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć*, OPTA, Warszawa 1993.

tów, rozpoznawania, nazywania i wyrażania emocji, pełnienia ról społecznych;

3) celów rozwojowych – wynikają one z potrzeb związanych z etapami rozwojowymi, dominantą są potrzeby aktywności ruchowej, ciekawości poznawczej, kontaktu z rówieśnikami, zabawy.

Istota socjoterapii polega głównie na realizacji **celów terapeutycznych** i powiązaniu ich z pozostałymi zadaniami. Proces interwencji terapeutycznej może być spowodowany cierpieniem psychicznym dziecka, które sobie nie radzi, lub jego zachowaniem powodującym straty, jakie ponosi jego otoczenie społeczne (rodzice, rówieśnicy, nauczyciele itd.). W terapeutycznym podejściu do korektury zaburzonych zachowań, niezależnie od przyczyn interwencji, wychodzi się z założenia, iż trudne zachowania u dzieci i młodzieży mają swoje tło psychiczne. Towarzyszą im zwykle przykre emocje (lęk, poczucie winy, niepokój, poczucie krzywdy, gniew, złość, osamotnienie itp.) oraz określone sądy poznawcze na temat własnej osoby, a szerzej postawa – wobec siebie, innych ludzi i wobec świata. Przyjmuje się, iż są one wynikiem doznanych w przeszłości lub aktualnie trudnych stanów emocjonalnych, z którymi dziecko nie mogło lub nie może sobie poradzić. Mogą być one wynikiem doświadczonej przemocy ze strony dorosłych, odtrącenia emocjonalnego przez rodziców, długotrwałego znajdowania się w sytuacji deprywacyjnej w zakresie potrzeb psychicznych, braku satysfakcjonujących kontaktów z najbliższymi, braku oparcia w rodzinie w sytuacji trudnej. Dla dziecka również przykrym doświadczeniem jest niemożność wywiązania się ze stawianych mu i nakładanych nań obowiązków i oczekiwań

ponad miarę, ponad jego możliwości. Wtedy właśnie może być postrzegane przez otoczenie jako złe, głupie lub leniwe, Sytuacje trudne emocjonalnie i obciążające dziecko mogą występować w rodzinach o zaburzonej więzi emocjonalnej, ale także w rodzinach z problemem alkoholowym, w rodzinach upośledzonych społecznie, w rodzinach żyjących w nędzy i ubóstwie materialnym, kulturowym i w nędzy post-materialnej²³. Owe trudne doświadczenia, z którymi dziecko nie może sobie poradzić, powodują konsekwencje w dopiero budującym się obrazie samego siebie, obrazie świata i innych ludzi. Mają one wpływ na kształtowanie się poczucia własnej wartości, godności osobistej i poczucia bezpieczeństwa. Nieobce są wówczas dziecku lęki przed niepowodzeniami, nieufność wobec ludzi – dorosłych, rówieśników i samego siebie, izolacja uczuciowa od własnych i cudzych doznań emocjonalnych.

Cele edukacyjne, w zależności od przyjętej koncepcji i programu terapeutycznego, mogą obejmować poznawanie przez grupę dzieci różnorodnych zagadnień, które pozwolą im sprawniej funkcjonować społecznie i radzić sobie z różnymi problemami. I tak celami edukacyjnymi w prowadzeniu grupy socjoterapeutycznej może być uczenie się rozpoznawania emocji, poznawanie mechanizmów uzależnień, zapoznanie się z chorobami społecznymi, np. AIDS. Program socjoterapeutyczny może być także ukierunkowany na uczenie się wybranych technik pracy umysłowej, na zdobycie umiejętności przekazywania własnej wiedzy (zdawanie egzaminów, pisanie klasówek, udzielanie odpowiedzi ustnych w szkole itp.), ucze-

²³ K. Sawicka, *Współczesne tendencje w systemie opieki nad dziećmi*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 342.

nie się pełnienia określonych ról, np. roli dziecka w rodzinie, roli ucznia, roli kolegi, uczenie się rozwiązywania konfliktów między ludźmi. Cele edukacyjne o tyle są ważne, że wspomagają proces nabywania wiedzy o sobie samym i o innych ludziach oraz proces rozumienia świata społecznego, a także ukierunkowują zmiany zachowania tak, by mogły one chronić dziecko przed kolejnymi urazami psychicznymi.

Natomiast **cele rozwojowe** ściśle korespondują z wiekiem uczestników socjoterapii. W każdej fazie życia dominują określone potrzeby dziecka, których zaspokojenie odgrywa istotną rolę w procesie rozwoju. U dzieci w okresie wczesnoszkolnym dominuje potrzeba aktywności ruchowej, zabawy, potrzeba zdobywania wiedzy o świecie, potrzeba twórczości, potrzeba wsparcia ze strony dorosłych, zwłaszcza w sytuacjach nowych, potrzeba przebywania w towarzystwie rówieśników i podejmowania wspólnej aktywności itd. W okresie dorastania dominuje potrzeba wyrażania się w różnych formach, zwłaszcza literackich, marzeniach, wyobrażeniach, potrzebach aprobaty społecznej i autonomii, intymności, niezależności i przynależności do grupy oraz autorytetów dorosłych, trapiących problemów emocjonalnych, motywacyjnych i moralnych, ale także jest to okres odkrywania świata psychicznego i kształtowania się poglądu na świat i życie²⁴.

Trzeba tu wspomnieć o kolejnym celu, który mówiłby o funkcjach profilaktycznych tego rodzaju zajęć. Trudno bowiem zaprzeczyć, że socjoterapia ma także możliwość zapobiegania zaburzeniom zachowania (oraz innego rodzaju zaburzeniom psychicznym, np. osobowości) w przyszłości.

²⁴ K. Sawicka (red.), *Socjoterapia*, Wydawnictwo Seventh Sea, Warszawa 1999, s. 16.

W trakcie prowadzonych zajęć uczestnicy mają szansę z jednej strony – na poprawę swojego ogólnego funkcjonowania i rozwoju osobistego (np. podniesienie poczucia własnej wartości, poprawę komunikacji z rówieśnikami, lepszego wyrażania swoich potrzeb czy uczuć, formułowania celów i planów życiowych itp.); z drugiej strony – otrzymania indywidualnej pomocy w odniesieniu do swojej sytuacji życiowej (odreagowania negatywnych uczuć, zrozumienie sytuacji w swojej rodzinie, skonfrontowania się z własnym poczuciem krzywdy czy złości itd.). Praca socjoterapeutyczna ma więc swój charakter, by tak rzec, ogólny oraz rozwojowy, równocześnie ujawnia wymiar jednostkowy, odniesiony do konkretnego dziecka, jego sytuacji życiowej oraz pojawiających się trudności.

Istnieje pewien aspekt pracy socjoterapeutycznej, który wciąż budzi kontrowersje. Gdy uznamy, że socjoterapia zajmuje się głównie zaburzeniami zachowania, wobec tego powinna koncentrować się bardziej na skutkach niż przyczynach (podobnie jak inne rodzaje terapii pedagogicznej). Pedagodzy często oburzają się na takie usytuowanie swojej roli. W jednym z opracowań dotyczących terapii pedagogicznej czytamy: „[...] poglądy sprowadzające terapię pedagogiczną do likwidowania objawów mogą budzić sprzeciw. Praca terapeutyczno-wychowawcza jest przecież ingerencją w proces wychowania, którego braki, wypaczenia powinna naprawiać. Zatem podobnie jak wychowanie, jest ona czynnikiem oddziałującym na osobowość jednostki, a nie wyłącznie na pewne manifestacje zachowań”²⁵. Przypomina to nieco spór toczony od niepamiętnych czasów między beha-

²⁵ B. Kaja, *Zarys terapii dziecka. Metody psychologicznej i pedagogicznej pomocy wspomagającej rozwój dziecka*, Wyd. WSP, Bydgoszcz 1995, s. 19.

wiorystami a przedstawicielami psychoanalizy o zasadność tego (bądźmy przez chwilę nieco kolokwialni i złośliwi), czy przed zaśnięciem myć nogi, czy też uszy? W praktyce terapeutycznej wspomniane różnice oraz kontrowersje coraz wyraźniej się zacierają. Szczególnie widać to we współczesnych nurtach neobehawioralnych i poznawczych, a także w podejściach psychodynamicznych i tych, które wprawdzie trudno uznać za psychoanalizę, ale przecież z tego kierunku wyrastają. Tak więc behawioryści coraz częściej „analizują” i sięgają do intrapsychicznych uwarunkowań określonych zaburzeń, natomiast obecni przedstawiciele psychoterapii analitycznej chętnie wychodzą ze swej „neutralnej” roli i stają się wyraźnie „instruujący”. Nie należy zapominać, że współcześni przedstawiciele podejścia systemowego konsekwentnie odchodzą od „linearnego” rozumienia zaburzeń, gdzie przyczyna poprzedza jednoznacznie skutek, na rzecz myślenia „cyrkularnego”, w którym skutek i przyczyna wzajemnie się warunkują.

Wracając do socjoterapii można powiedzieć, że rzecz sprowadza się do znalezienia proporcji oraz rozłożenia akcentów. Socjoterapeuta nastawiony na to „co widzialne” w formie zaburzeń zachowania, nie powinien stronić (jeśli to konieczne, i na ile pozwalają jego kompetencje) od użytkowania wglądu i możliwości rozwiązywania wewnętrznych konfliktów przez uczestników zajęć. Z kolei będąc socjoterapeutą powinien pozostawić obszar znajdujący się w kompetencji oddziaływań psychoterapeutycznych. Od przedstawicieli psychoterapii wymaga się bowiem gruntownego przygotowania klinicznego w zakresie psychopatologii. Są to już jednak sprawy zakresu uprawnień zawodowych, którym poświęcimy ostatni z rozdziałów.

Rozdział II

Problemy z zachowaniem

Bunty są językiem nie wysłuchanych.

Martin Luther King

Zachowanie jest odpowiedzią żywego organizmu na obecność w środowisku. Można je badać w sposób obiektywny, dokonać jego rejestracji oraz precyzyjnego pomiaru. Przypomnijmy, że zachowanie nabywa się poprzez procesy uczenia się. Uczymy się na trzy podstawowe sposoby:

1. Warunkowanie klasyczne (pawłowowskie) – gdzie bodziec bezwarunkowy (np. pokarm) wywołujący reakcję bezwarunkową (np. ślinienie się psa) zostaje skojarzony z bodźcem warunkowym (silnym dźwiękiem, jaskrawym światłem itd.); z reguły kilkakrotne „połączenie” bodźca bezwarunkowego z warunkowym powoduje powstawanie reakcji warunkowej (ślinienie się) na sam bodziec warunkowych (np. światło). Uwarunkowane reakcje zanikają, gdy nie powtarzają się połączenia z bodźcami bezwarunkowymi. Zjawisko to nazwano wygaszaniem, a połączenie z bodźcem

bezw warunkowym – wzmacnianiem. Bodźce mogą być konkretnymi rzeczami (np. pokarm) na poziomie tzw. pierwszego układu sygnałowego, lub abstraktami (przywoływanie psa) na poziomie drugiego układu sygnałowego. (Prawo warunkowania klasycznego zostało odkryte przez rosyjskiego fizjologa Iwana Pawłowa w trakcie badań nad przebiegiem trawienia i rolą układu nerwowego w tym procesie.)

Terapeuci pragnący odkryć rolę warunkowania klasycznego posługują się czasem hasłowym pytaniem: „**co z czym chodzi w parze?**”

2. Warunkowanie sprawcze (skinnerowskie) – dana reakcja może być zależna od jej konsekwencji, tzn. wzmacniana (przez nagrody) lub osłabiana (przez kary). Nagrodą jest każde wydarzenie wpływające na wystąpienie zachowania, które zwiększa częstotliwość jego występowania. Kara natomiast jest przykrym bodźcem czy wydarzeniem, które pojawia się na skutek niepożądanego zachowania i służy jego ograniczeniu. Dla lepszego zilustrowania, czym jest warunkowanie sprawcze, i jak prowadzona jest analiza behawioralna, posłużmy się przykładem konkretnej sytuacji mogącej pojawić się w czasie socjoterapii. Jeden z uczestników wraca na zajęcia po dwóch dniach pobytu w policyjnej izbie dziecka na skutek zatrzymania go na gorącym uczynku w czasie dokonania przestępstwa. Zobaczmy, jak wskutek różnorodnych reakcji otoczenia może zmieniać się repertuar kar i nagród w stosunku do niego.

Dodajmy, że wygaszanie nastąpi wówczas, gdy grupa nie będzie zwracać uwagi na chłopca, który chętnie się będzie chciał opowiadać o całym wydarzeniu.

bodźce	dodanie bodźca	wycofanie bodźca
pozytywny bodziec wzmacniający	<p>Wzmocnienie pozytywne</p> <p>„Grupa traktuje go jak bohatera”</p>	<p>Kara negatywna</p> <p>„Traci prawo do uczestnictwa w atrakcyjnych zajęciach, wyjeździe itd.”</p>
negatywny bodziec wzmacniający	<p>Kara pozytywna</p> <p>„Grupa wyśmiewa go, że dał się złapać”</p>	<p>Wzmocnienie negatywne</p> <p>„Nie musi wyjaśniać na forum grupy, co się zdarzyło”</p>

Tak więc terapeuta stara się hasłowo i skrótowo odpowiedzieć sobie na pytanie: **„co wzmacnia, a co osłabia dane zachowania?”**

3. Modelowanie – proces uczenia się zachowań poprzez obserwację zachowania innej osoby. Aby zaistniało modelowanie, osoba albo grupa osób spełniających rolę modelu musi być atrakcyjna dla podmiotu, usytuowana niejako wyżej niego, czy będąca dysponentem kar i nagród.

Warto zatem, aby terapeuta odpowiedział sobie na pytanie: **„kto jest modelem danej osoby?”**

W psychologii problematyką zachowania zajmuje się analiza behawioralna²⁶, która składa się z:

- eksperymentalnej analizy zachowania dotyczącej badań podstawowych opisujących prawa zachowań ludzi i zwierząt,

²⁶ P. Ostaszewski, *ABC analizy behawioralnej*, „Charaktery”, marzec 2001, s. 58.

- stosowanej analizy behawioralnej wykorzystującej prawa i procedury dziedziny powyższej do modyfikowania zachowań (np. w firmach – dla podniesienia efektywności pracy, w szkole – dla poprawy wyników nauczania i w terapii – dla modyfikacji zachowań niepożądanych lub nabywania oczekiwanych),
- konceptualnej analizy zachowania składającej się z filozoficznych i teoretycznych rozważań nad zachowaniem, metod jego badania, czy relacji analizy behawioralnej do innych dziedzin wiedzy.

Bez wątplenia socjoterapii bliska jest stosowana analiza behawioralna jako forma terapii. W ujęciu behawioralnym patologia wszelkich zachowań ma miejsce wówczas, gdy dana osoba nabyła (nauczyła się) niepożądanych społecznie zachowań lub gdy ma miejsce deficyt (nie nauczyła się) zachowań pożądaných. Stąd cele terapii behawioralnej sprowadzają się zawsze do trzech ogólnych dziedzin:

- rozwijania zachowań deficytowych,
- redukcji zachowań niepożądanych,
- generalizowania i podtrzymywania efektów terapii.

Socjoterapeuta może również być zainteresowany schematycznym procesem zmiany zachowań wg K. Lewina²⁷, który sprowadził ten proces do czterech kolejnych etapów:

1. Roztapianie – istniejący dotąd, prawdopodobnie nawet skuteczny wzór zachowania zostaje przez nowe doświadczenie zakwestionowany i rozluźniony.

²⁷ Za: J. Fengler, *Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej*, GWP, Gdańsk 2000, s. 46.

2. **Zmiana** – stare zachowanie jest wytracane krok po kroku, nowe zdobywa znaczenie i występuje częściej.

3. **Wzmacnianie** – nowe zachowanie jest praktykowane w różnych kontekstach i szybko uzyskuje status oczywistości.

4. **Usztywnienie** – nowe zachowanie jest coraz częściej stosowane i traci walor nowości.

Warto jednak mieć świadomość, że żadne, nawet najbardziej konkretne i teoretycznie ważne podejście nie rozwiązuje wszystkich problemów dzieci i młodzieży sprawiającej problemy swoim zachowaniem. Socjoterapeuta powinien posiadać także podstawową wiedzę i umiejętności z innych obszarów terapii, od ujęć psychodynamicznych, poznawczych, systemowych, po analizę transakcyjną. Da mu to możliwość zarówno trafnych interpretacji różnorodnych sytuacji w czasie prowadzonych zajęć, jak i podejmowania skutecznych interwencji terapeutycznych.

Zaburzenia zachowania

Pojęcie „zaburzenia zachowania” i jego geneza nie są rozumiane jednoznacznie w literaturze przedmiotu. Brak jest zarówno jednolitej terminologii jak i klasyfikacji. Często występują obok siebie, bądź stosowane są zamiennie, terminy oznaczające nieprawidłowe reakcje dziecka z jego otoczeniem społecznym, takie jak: nieprzystosowanie (niedostosowanie) społeczne czy trudności wychowawcze. Istotę niedostosowania społecznego rozpatruje się w ścisłym związku z wewnętrznymi przeżyciami jednostek (niepokojem, lękiem, frustracją,

czy wreszcie cierpieniem lub złym samopoczuciem)²⁸. Z kolei w socjologii traktowane jest jako poważne zaburzenie wobec wymagań społecznych, wyrażające się w naruszeniu podstawowych norm społecznych i w niezrealizowaniu zadań społecznych²⁹. Pomimo różnych interpretacji, treści określające niedostosowanie społeczne są wspólne:

- społeczne niedostosowanie wyraża się w negatywnym stosunku do norm społecznych, do uznawanych społecznie wartości;
- jest wyrazem trudnej wewnętrznie sytuacji jednostki społecznie niedostosowanej;
- trudności wychowawcze wynikające ze społecznego niedostosowania cechuje znaczna trwałość postaw aspołecznych lub antyspołecznych;
- jest ogólną postacią (syndromem) zachowania negatywnego wobec norm społecznych³⁰.

Powszechnie uważa się, że zachowanie człowieka, którego uważamy za społecznie przystosowanego, powinno spełniać dwie podstawowe funkcje:

- 1) zaspokajając potrzeby osobiste,
- 2) spełniać wymagania społeczne w sposób akceptowany przez dane społeczeństwo.

O zaburzeniach zachowania mówi się najczęściej wtedy, gdy nie spełnia ono obydwu lub choćby tylko jednej z powyższych funkcji³¹.

²⁸ J. Konopnicki, *Niedostosowanie społeczne*, PWN, Warszawa 1971, s. 16-22.

²⁹ M. Ostrihanska, *Psychologiczne determinanty niedostosowania społecznego i przestępczości*, [w:] J. Jasiński (red.): *Zagadnienie nieprzystosowania społecznego i przestępczości w Polsce*, Ossolineum, Warszawa-Wrocław-Kraków-Gdańsk 1978, s. 251.

³⁰ O. Lipkowski, *Resocjalizacja*, WSiP, Warszawa 1976, s. 106.

³¹ A. Lewicki (red.), *Psychologia kliniczna*, PWN, Warszawa 1974.

Zaburzenia zachowania są wyrazem nieprzystosowania społecznego. Aby dziecko było przystosowane do życia w określonej społeczności musi, zdaniem E.B. Hurlock³², spełniać następujące kryteria:

- Wywiązywanie się z zadań. Gdy społeczne zachowanie dzieci, oceniane według standardów obowiązujących w grupie, z którą się identyfikują, nie zawodzi oczekiwań teje, będą one akceptowanymi członkami grupy.
- Przystosowanie się do różnych grup. Dzieci, które w miarę dobrze potrafią dostosować się do różnych grup, z jakimi się kontaktują – zarówno do osób starszych, jak i do rówieśników – są uważane za dobrze przystosowane społecznie.
- Postawy społeczne. Dzieci oceniane jako dobrze przystosowane społecznie muszą wykazywać pozytywny stosunek do ludzi, do uczestniczenia w życiu społecznym i do własnych ról w grupie społecznej.
- Zadowolenie osobiste. Aby być społecznie dobrze przystosowanymi, dzieci muszą być w miarę zadowolone ze swoich kontaktów społecznych i z ról, jakie pełnią w stosunkach społecznych, niezależnie od tego, czy są przywódcami czy szeregowymi członkami grupy.

Terminy: zaburzenie zachowania (CD – ang. *conduct disorder*) oraz łagodniejsza jego forma, jaką jest zaburzenie opozycyjno-buntownicze (ODD – ang. *oppositional defiant disorder*), używane w piśmiennictwie psychiatrycznym, psychologicznym i pedagogicznym, określają wszelkie rodzaje

³² E.B. Hurlock, *Rozwój dziecka*, t. I, PWN, Warszawa 1985, s. 499.

zachowań naruszających porządek społeczny, niezależnie od tego, czy już powodują konflikt z prawem czy nie³³. W węższym znaczeniu rozpoznanie to znajduje zastosowanie w celu określenia niepsychotycznego zespołu zachowań dzieci i młodzieży, który stanowi odchylenie od oczekiwanego, zgodnego z ogólnie obowiązującymi normami zachowania społecznego. Dotyczy więc konkretnie zachowań w różnym stopniu aspołecznych, antyspołecznych i przestępczych. W takim zachowaniu zawarty jest element pewnej trwałości czy może raczej długotrwałości, jednak z możliwością (przynajmniej w większości przypadków) różnego stopnia poprawy, a nawet normalizacji³⁴.

W przypadku dzieci i młodzieży zaburzenia zachowania dotyczą:

- nadmiernej agresji wobec innych osób i zwierząt,
- częstych kłótni z rówieśnikami i dorosłymi,
- przemocy psychicznej i fizycznej,
- częstego wdawania się w bójki,
- tyranizowania otoczenia,
- kradzieży, włamań podpaleń, czy wymuszeń,
- zniszczeń czyjejs własności,
- kłamstw,
- ciągłego nieposłuszeństwa,
- ucieczek z domu,
- ryzykownych zachowań seksualnych,
- wagarów,

³³ Precyzyjną definicję zaburzeń zachowania zawartą w klasyfikacjach IDC-10 i DSM-IV-TR czytelnik odnajdzie w dodatku zamieszczonym na końcu książki.

³⁴ H. Sulestrowska, *Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży*, [w:] (red.) A. Popielarska, *Psychiatria wieku rozwojowego*. PZWL, Warszawa 1989, s. 118.

- szeregu innych.

Stworzenie odpowiedniego podziału powyższych symptomów zaburzeń zachowania umożliwi kwalifikowanie dzieci do określonego typu trudności wychowawczych. Chodzi tu o osobliwe zespoły charakterystyczne dla pewnych grup uczniów albo podział w zależności od rodzaju i nasilenia tych trudności.

Pierwsze badania oparte na analizie czynnikowej przeprowadzili L.E. Hewitt i R.L. Jenkins, w wyniku czego wyodrębnili:

1) model agresji nieusocjalizowanej (przeciwstawianie się autorytetowi, tendencje do atakowania, bójki, brak adekwatnego do sytuacji poczucia winy, nadmierna wrażliwość);

2) model nieusocjalizowanej przestępczości (wagary, ucieczki z domu, włóczęgostwo, udział w gangach);

3) model nadmiernego zahamowania (wzmószona uległość, wrażliwość, tendencje do odosobnienia, apatia)³⁵.

Na uwagę zasługuje też podział zaburzeń zachowania opracowany przez K. Hartmanna w roku 1978. Autor wyodrębnił trzy zespoły zaburzeń naruszających przyjęte normy społeczne:

1) zespół niestabilności (skłonności depresyjne, tendencje do wycofywania się, słabość kontaktów społecznych, skłonność do konfliktów, ucieczki) stanowiący niewielkie zagrożenie społeczne,

³⁵ H. Sponek, *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, PWN, Warszawa 1975, s. 227-229.

2) zespół zachowania aspołecznego (niechęć do nauki i pracy, nadużywanie alkoholu, włóczęgostwo, konflikto-wość) – jest to średni stopień zagrożenia dla społeczeństwa,

3) zespół przestępczości (zagrożenie dla innych osób, niszczenie mienia, znęcanie się nad innymi osobami, wcześnie przed 14 r.ż. ujawnianie skłonności przestępczych, wykroczenia przeciw prawu, ujawnione i nieujawnione, stanowiące znaczne zagrożenie dla porządku społecznego³⁶.

W stosowanych klasyfikacjach klinicznych uwzględnia się wiek życia dziecka w chwili wystąpienia zaburzeń. Wy- różnia się tu następujące kategorie:

- typ dziecięcych zaburzeń (zaburzenie wystąpiło przed 10 r.ż.),
- typ młodzieńczych zaburzeń (zaburzenie wystąpiło po 10 r.ż.).

W nasileniu zaburzeń zachowania różnicuje się trzy stopnie:

- stopień lekki – zaburzenie powoduje niewielkie szkody,
- stopień umiarkowany – liczba zaburzeń zachowania i ich wpływ na innych są pośrednie między stopniem lekkim a znacznym,
- stopień znaczny – liczba zaburzeń i ich wpływ na in- nych jest duży, objawy zaburzeń są sprzężone ze sobą, np. kradzież w konfrontacji agresywnej z ofiarą³⁷.

Ciężkość zaburzeń zachowania:

- łagodna – tylko nieliczne (lub prawie żadne) trudności z zachowaniem przekraczają granice wymagane dla

³⁶ H. Sulestrowska, *Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży*, [w:] A. Popie- larska (red.), *Psychiatria wieku rozwojowego*, PZWL, Warszawa 1989, s. 120.

³⁷ M. Pecyna, *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psycho- logii klinicznej*, WSiP, Warszawa 1998, s. 196-197.

- ustalenia rozpoznania oraz trudności z zachowaniem powodują tylko małe szkody u innych osób;
- umiarkowana – liczba trudności z zachowaniem oraz ich wpływ na innych pozostaje pośrednia pomiędzy „łagodnym” i „ciężkim”;
 - ciężka – występują liczne trudności z zachowaniem przekraczające granicę uprawniającą do ustalenia rozpoznania, albo problemy z zachowaniem powodują istotne szkody u innych, np. ciężkie urazy fizyczne, akty wandalizmu, kradzieże³⁸.

Pomiędzy wynikami w nauce a zaburzeniami ODD i CD istnieje związek dwukierunkowy. Trudności w nauce mogą powodować utratę zainteresowania szkołą, podwyższony poziom frustracji i niższe poczucie wartości własnej, które z kolei przyczynia się do powstania zaburzeń zachowania. Jednocześnie nieposłuszeństwo, trudności z koncentracją uwagi, różne przejawy agresji, ograniczają możliwości efektywnej nauki oraz osiągania dobrych wyników szkolnych.

Przy zaburzeniach zachowania znaczącą rolę odgrywa pojęcie nawyku. **Nawyk** jest to takie zachowanie, które charakteryzuje się stałą sekwencją między bodźcem a reakcją:



Nawyki są określane jako **dezadaptacyjne**, gdy są:

- 1) sztywne – niezmiennie i uporczywie odpowiadanie tylko na pewne bodźce,

³⁸ T. Wolańczyk, A. Kołakowski, M. Skotnicka, *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*, Wydawnictwo „Biofolium”, Lublin 1999, s. 107-109.

- 2) autodestrukcyjne – nawyk jest źródłem cierpienia,
- 3) nieprzystosowawcze – nieadekwatne do społecznych wymagań.

Z patologią mamy więc do czynienia, gdy zespół dezadaptacyjnych nawyków wykształci się w procesie społecznego uczenia, a samo zaburzone zachowanie jest:

- a) **nieadekwatne**, tj. nie będące racjonalną reakcją na daną sytuację.
- b) **dostatecznie silnie wyrażone**, tj. przejawia się wyraźnie i jednoznacznie.
- c) **trwałe**, tj. nie podlegające zmianom przez dłuższy czas, będące swoistą regułą.
- d) **niepożądane dla podmiotu i otoczenia**, tj. niosące ujemne skutki.
- e) **cechuje się sztywnością reakcji**, tj. ma stały przebieg, niezależnie od tego, w jaki sposób zmienia się sytuacja.

Skutki, jakie przynoszą zaburzenia zachowania, są niebagatelne. Wskazują na to badania amerykańskie³⁹, gdzie przedstawia się następujące konsekwencje społeczne:

- Stosunkowo wysoki wskaźnik rozpowszechnienia (ostrożnie można przyjąć 2–6% lub około 1,4–4,2 miliona dzieci w Stanach Zjednoczonych).
- Wysoki wskaźnik skierowań do leczenia klinicznego (tj. 33–50% przypadków skierowanych do leczenia ambulatoryjnego).

³⁹ A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 273.

- Niepomyślne, długoterminowe skutki w wieku dorosłym (tj. w przybliżeniu 80% tych dzieci prawdopodobnie będzie spełniało w przyszłości kryteria jakiegoś zaburzenia psychiatrycznego).
- Nieprzyjemne konsekwencje dla innych, w tym rodzeństwa, rówieśników, rodziców, nauczycieli oraz nieznanym, będących obiektem zachowań antyspołecznych i agresywnych.
- Koszty finansowe wynikające z ciągłego korzystania z rozmaitych szkół specjalnych, zakładów poprawczych, ośrodków zdrowia psychicznego i pomocy społecznej.

Psycholodzy rozwojowi nie mają tu wątpliwości: „Żadnego zachowania sprawiającego trudności nie powinno się przeoczyć tylko dlatego, że jest „typowe” i że dzieci z tego „wyrosną”. Mogą wyrosnąć z tych trudności, lecz ryzyko, że z nich nie wyrosną, jest równie duże. Natomiast każde zachowanie, które nie jest typowe dla danego wieku lub poziomu dojrzałości, jest sygnałem ewentualnych przyszłych kłopotów. W takich sytuacjach należy podjąć środki zaradcze, aby te zachowania nie przekształciły się w nawykowy sposób przystosowania^{39,40}.”

Zaburzenia zachowania ujawniają się w czterech charakterystycznych obszarach. Poznanie ich jest o tyle ważne, że pozwala dokonywać szacunkowej diagnozy sytuacji dziecka i postępów terapii, o czym będzie mowa w następnym rozdziale, ale wyznacza także kierunek przyszłych interwencji socjoterapeutycznych.

⁴⁰ E.B. Hurlock, *Rozwój dziecka*, t. I, PWN, Warszawa 1985, s. 88.

Obszary zaburzeń zachowania

Zaburzenia zachowania dzieci i młodzieży mogą przejawiać się w następujących relacjach⁴¹:

♦ *Ja – dorośli*

Zaburzone zachowanie w kontaktach z dorosłymi sprządza się najczęściej do trudności w:

- komunikacji (kłamstwa, oszustwa, zachowywanie ważnych informacji dla siebie itp.),
- wyrażaniu emocji (ukrywanie lęku i smutku, roszczeniowość, zmniejszanie dystansu z dorosłymi, agresji słownej w obecności starszych, nadmierna poufałość, chęć manipulowania dorosłymi itp.),
- zgłaszaniu potrzeb (złe zachowanie, tylko po to, aby zwrócić uwagę nauczyciela, pasywność).

Bardzo ważna dla dziecka jest możliwość obdarzania dorosłych zaufaniem. Jeżeli przed pójściem do szkoły dziecko miało dobre kontakty z rodzicami, to będzie posiadało pewne bazowe poczucie zaufania w stosunku do nauczycieli, którzy spełniają rolę reprezentantów świata dorosłych. Jeżeli natomiast we wcześniejszych latach dziecko przeżywało silnie urazowe sytuacje w tego typu relacjach, będzie to przenosiło na warunki szkolne. W szczególny sposób dotyczy to relacji z nauczycielami, a trzeba zauważyć, że istniejąca obecnie tradycyjny wzorzec relacji nauczyciel–uczeń nie sprządza uwalnianiu się od urazów wyniesionych w domu –

⁴¹ J. Strzemieczny, *Zajęcia socjoterapeutyczne. Materiał szkoleniowy ORUW PTP*, Warszawa 1988.

nie tylko ich nie zmniejsza, ale często również jeszcze bardziej pogłębia i przenosi na nowe obszary.

Korekta zachowań w czasie zajęć socjoterapeutycznych powinna obejmować m.in. następujące umiejętności interpersonalne:

- wyrażanie potrzeb,
- rezygnacja z agresywnych wzorców wyrażania siebie,
- komunikowanie swoich stanów emocjonalnych,
- umiejętność wyrażania i przyjmowania krytyki,
- korzystanie ze wsparcia.

◆ *Ja – rówieśnicy*

Dla dziecka w okresie szkolnym oraz dla młodzieży w okresie dorastania relacje z rówieśnikami stają się bardzo ważne. Jednak wcześniejsze urazy i deprivacja ważnych dla dziecka potrzeb, frustracje i przeżywane wcześniej streśy mogą utrudniać kontakty z rówieśnikami (otwartego komunikowania emocji, doświadczania współpracy z innymi, otrzymywania i dawania wsparcia itp.). Wzory stereotypowych i utrwalonych wcześniej zachowań są przenoszone na relacje z rówieśnikami. Najczęściej jest to:

- przemoc fizyczna i psychiczna,
- nadmierna rywalizacja,
- dystansowanie się i izolowanie,
- poniżanie innych,
- agresja werbalna,

i szereg innych.

Korekcja zachowań w czasie zajęć powinna obejmować m.in. następujące umiejętności interpersonalne:

- trenowania umiejętności współdziałania z innymi,

- umiejętności rozwiązywania konfliktów bez przemocy,
- negocjowania,
- aktywnego słuchania siebie nawzajem,
- wyrażania pozytywnych informacji o innych,
- dzielenia się swoimi doświadczeniami, myślami i uczuciami,
- wyrażania własnych sądów,
- przedstawiania swoich celów i planów.

◆ *Ja – sytuacje zadaniowe*

Wraz rozpoczęciem nauki szkolnej przed uczniem stają nowe zadania i sytuacje, do których opanowania potrzeba wiele wysiłku i wytrwałości. Często pojawiają się różnorodne oraz zrozumiałe w takim momencie trudności. Kłopoty te mogą mieć podłoże organiczne (dysleksja, dysgrafia, niewydolność pamięci, niesprawność fizyczna itp.), ale najczęściej przyczyną kłopotów w realizacji zadań szkolnych są wcześniejsze traumatyzujące doświadczenia i przeświadczenie o braku uzdolnień czy niezdolność do opanowania określonych umiejętności. Jeżeli dziecko w rodzinie otrzymywało wsparcie w wysiłkach, to z łatwością daje sobie radę wobec nowych wyzwań, jeżeli natomiast było krytykowane, straszone czy lekceważone, reaguje napięciem na sytuację przypominającą wcześniejszy uraz. Często za przekonaniem o braku inteligencji, trudnościach w skupieniu uwagi, lenistwie czy bałaganiarstwie stoi szeroki obszar wcześniejszych sytuacji traumatyzujących.

Dziecko chcąc poradzić sobie z trudną dla niego sytuacją szkolną stosuje cały szereg strategii obronnych, np. mo-

dyfikuje sądy poznawcze w taki sposób, aby niwelowały one przykry stan napięcia, np. „matematyka jest beznadziejna”. Za tymi sądami pojawiają się:

- stereotypy zachowań, np. unikanie rozwiązywania zadań matematycznych,
- unikanie, np. wypieranie z pamięci praw matematycznych,
- dezorganizacja działań, np. rozwiązywanie zbyt wolno zadań.

Naturalna inteligencja i spryt dziecka, które normalnie byłyby wykorzystywane do przewyżniania trudności, w tej sytuacji są wykorzystywane do znalezienia sposobu radzenia sobie z urazem.

Socjoterapeutyczny trening zmiany zachowań może obejmować m.in.:

- umiejętność określania własnych celów na miarę swoich możliwości,
- organizowania i planowania własnych zadań,
- wyznaczania etapów realizacji celów,
- opanowania umiejętności porządkowania i strukturalizowania wiedzy np. poprzez mapy wiedzy (*mind mapping*), robienia notatek itp.

◆ *Ja – Ja*

Obraz własnej osoby jest tworzony na podstawie wcześniejszych doświadczeń z innymi, głównie informacji zwrotnych, jakie otrzymuje się od rodziców oraz na podstawie własnej refleksji o sobie. Jeżeli dziecko nie było traktowane właściwie, mamy do czynienia ze słabo wykształconym lub nieadekwatnym obrazem siebie, który w konsekwen-

cji może prowadzić do poważnych zaburzeń osobowości – trudności w rozpoznawaniu swoich potrzeb, zainteresowań, preferencji, wyboru określonych wartości, a przede wszystkim wyodrębniania siebie ze świata i poczucia granic wobec innych. Dziecko może:

- przypisywać sobie cechy nieadekwatne,
- niedoceniać własnych możliwości,
- mieć trudności w komunikacji siebie,
- deprecjonować swój wygląd czy cechy charakteru,
- stać się łatwym obszarem wszelkiego typu nadużyć,
- mieć trudności w budowaniu trwałych relacji z innymi,
- przejawiać podatność na wszelkie wpływy.

Nieadekwatny obraz siebie ujawnia się we wszystkich wcześniej wyróżnionych obszarach funkcjonowania, oraz na odwrót – powtarzające się urazy w określonych sferach wpływają zwrotnie na obraz siebie (poczucie swojej wartości).

Korekta obrazu własnej osoby może dokonywać się m.in. poprzez:

- umiejętność koncentrowania się na sobie,
- zdolność rozpoznawania swoich stanów emocjonalnych,
- identyfikowanie własnych potrzeb i preferencji,
- określanie własnych zasobów i dobrych cech charakterologicznych,
- otrzymywanie informacji zwrotnych odnośnie do swojej osoby.

Każdemu z wyróżnionych obszarów zaburzeń zachowania towarzyszą określone negatywne emocje. Istotne jest,

aby te uczucia miały szansę zostać odreagowane w czasie zajęć socjoterapeutycznych.

Urazy jako przyczyny

Wskazuje się, że częstą przyczyną zaburzeń zachowania są przeżyte urazy. Urazy to trudne doświadczenia, których intensywność przekroczyła zdolność danej osoby (w tym wypadku dziecka) do poradzenia sobie z nimi. Warto wiedzieć, że nie każda trudność staje się od razu urazem, ale tylko ta, która łączy się z zagrożeniem podstawowych wartości lub potrzeb, zarówno fizycznych jak i psychicznych. Jeżeli dziecko zetknie się z określonym rodzajem trudności, która nie jest urazem, wówczas stosuje jedną (lub kilka) możliwych strategii radzenia sobie ze stresem:

- 1) modyfikuje sytuację będącą źródłem stresu (np. oddala się, prosi o powtórzenie polecenia itd.);
- 2) zmienia znaczenie przypisywane stresowi (np. „on nie ma prawa tak mnie oceniać”);
- 3) zmniejsza siłę reakcji emocjonalnej przypisywanej stresowi (np. nie reaguje na polecenia zagrażające jego godności).

Trwale ślady urazowe z reguły pozostawia odrzucenie emocjonalne, zetknięcie się dziecka z demoralizacją w rodzinie, z lekceważeniem najbliższych, poczuciem bezsilności i braku szacunku wobec siebie i innych, doświadczanie samotności i opuszczenia w trudnej sytuacji.

Bolesnym urazem bywają również sytuacje przemocy (fizycznej, emocjonalnej, socjalnej, seksualnej itp.) do-

świadczanej bezpośrednio, lub bycie świadkiem zdarzenia, gdy ludzie – szczególnie osoby bliskie – nie traktują się dobrze nawzajem. Zaburzenie zachowania może być zatem wynikiem bardzo silnego doświadczenia traumatycznego (np. gwałtu, zagrożenia życia itp.), jednak zdecydowana większość zaburzeń zachowania obserwowanych u dzieci jest wynikiem niezaspokajania (deprywacji) podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych młodego człowieka oraz licznych sytuacji urazowych.

Jeżeli warunki, w jakich znajduje się dziecko, w jakimś choćby względzie przypominają sytuacje urazowe (np. brak zainteresowania potrzebami dziecka w szkole, jak i wcześniej w domu), wtedy w dziecku uruchamiają się – w wyniku tzw. procesu przeniesienia – wcześniejsze emocje, myśli, postawy i zachowania. Dochodzi tu do swoistego mylenia przeszłości z teraźniejszością. Skutkiem urazów stają się:

- Charakterystyczne **sądy poznawcze**, np. „muszę być silny za wszelką ceną”, „nigdy nie zrozumieję matematyki”, „nikt mnie nie pokocha”, „w życiu trzeba rozpychać się łokciami”, itp.
- Przeżywane **emocje**, które zostają niejako „połączone” z trudnymi sytuacjami, np. lęk, złość, poczucie bezsilności, wstyd, poczucie krzywdy itp.
- **Zaburzenia zachowania**, które przejawiają się określonymi stereotypowymi reakcjami behawioralnymi, np. nieadekwatność, sztywność reagowania, destrukcyjność dla danej osoby i otoczenia itp.

Tak więc w psychologii mówi się, że sytuacje urazowe mają swój wymiar kognytywny, emocjonalny i behawioralny.

Rodziny dysfunkcjonalna a zaburzenia zachowania

W sposób nieodparty nasuwa się przekonanie, iż u dzieci podstawową przyczyną powstawania i rozwoju zaburzeń zachowania są warunki stworzone dziecku głównie w środowisku rodzinnym. Jest to zrozumiałe biorąc pod uwagę, że dziecko i rodzice tworzą psychologiczną jedność. Od nich uczy się ono wzorów zachowania w konkretnych sytuacjach życiowych. Jednak rodzina nie zawsze jest w stanie należycie wywiązywać się ze swojego zadania polegającego na umożliwieniu dziecku rozwoju psychospołecznego. W powszechnym przekonaniu rodzina zaburzająca rozwój dziecka to rodzina rozbita, przestępcza, pijacka. Trudno zaprzeczyć, iż rodziny z marginesu społecznego często nie są w stanie wychować dzieci przystosowanych do wymogów kulturalnego społeczeństwa, ale wiele młodzieży wykazującej różnorodne zaburzenia pochodzi z rodzin robiących wrażenie normalnych, spełniających zewnętrzne kryteria społecznej poprawności. Obserwator nie zawsze jest w stanie dostrzec tego, w jakich wzajemnych układach pozostają członkowie takiej rodziny, tym bardziej, że ta zazwyczaj starannie ukrywa swoje problemy⁴².

Każda rodzina boryka się z problemami dnia codziennego, które trzeba pokonywać. Są rodziny potrafiące sprostać tym obowiązkom. Takie rodziny, które pomyślnie rozwiązują swoje problemy, kierując się chęcią utrwalenia swojej wspólnoty i realizacji przypisanych im funkcji nazywamy rodzinami funkcjonalnymi. Rodzina funkcjonalna troszczy

⁴² J. Storożnowski, *Eros i człowiek*, Wyd. Znak, 1998, s. 126.

się o zaspokojenie podstawowych potrzeb dziecka, a w miarę jak dziecko rośnie, uczy je jak te potrzeby spełniać samodzielnie. Za niektórymi autorami można stwierdzić, że wszystkie dzieci rodzą się z pięcioma charakterystycznymi dla istoty ludzkiej cechami, takimi jak: wartość, bezradność, niedoskonałość, zależność i niedojrzałość. Funkcjonalni rodzice pomagają rozwinąć i przekształcić każdą z tych cech, tak aby dzieci stały się osobami szczęśliwymi w dorosłym życiu⁴³. Rodziny, które nie potrafią wypełniać należycie swych funkcji, nazywamy rodzinami dysfunkcyjnymi⁴⁴.

Termin „dysfunkcja” w odniesieniu do rodziny oznacza system charakteryzujący się takimi interakcjami jego członków, które prowadzą do frustracji ich podstawowych potrzeb, wykorzystywania niektórych osób z rodziny, pogwałcenia ważnych praw osobistych, zaniku odpowiedzialności lub nadmiernej odpowiedzialności niektórych osób z rodziny. W zakresie kontaktu system dysfunkcyjny cechują: inwazja, deprywacja, wchłanianie lub stapianie granic poszczególnych osób⁴⁵.

Do zjawisk świadczących o dysfunkcyjności rodziny H.N. Wright zalicza: nadużycia, perfekcjonizm, rygoryzm, milczenie, represyjność, triangulacje, „podwójne komunikaty”, niedostatek zabawy, cierpiętnictwo, wzajemne uwiłkiania. Scharakteryzujmy pokrótce każde z nich⁴⁶.

⁴³ P. Mellody, *Toksyczne związki*, Wydawnictwo J. Santorski, Warszawa 1995, s. 71.

⁴⁴ S. Kawula, *Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych*, [w:] S. Kawula, J. Brągiel, A. Janke, *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1998, s. 129.

⁴⁵ C. Wills-Brandon, *Jak mówić nie i budować udane związki*, Wydawnictwo „Atext”, Gdańsk 1996, s. 193.

⁴⁶ N.H. Wright, *Tatusiowa córeczka, czyli o niezwykłym wpływie ojca na osobowość córki*, Oficyna Wydawnicza „Vacatio”, Warszawa 1996, s. 115.

- **Nadużycia** mogą mieć charakter poważnych zaniedbań lub krzywdy fizycznej, emocjonalnej czy seksualnej dziecka. Krzywdzić dziecko można w sposób bezpośredni, np. bijąc je, lub w sposób pośredni, najczęściej trudno uchwytne, np. ignorując jego potrzeby.

Ale krzywda dziecka wyraża się też przez zmuszanie je do oglądania aktów przemocy wobec innych członków rodziny lub zadawanie cierpień emocjonalnych, np. systematyczne zrzucanie winy na dziecko, zniekształcanie rzeczywistości przedstawiając ją jako wrogą, nadopiekuńczość itp.

- **Perfekcjonizm** rzadko uważa się za symptom nieprawidłowości, niemniej jest on częstą przyczyną problemów rodzin dysfunkcyjnych. Perfekcjonistyczny rodzic przywiązany do swych sztywnych zasady i nienaruszalnych norm wymusza na dziecku posłuszeństwo przez nieustanne reprimendy i karcenie, gniewanie się na nie, ganiące spojrzenia itd. Wszystko to oznacza: „wciąż jeszcze nie jest dobrze”, „Nie jesteś taki, jak oczekuję”. W życiu codziennym posługuje się wciąż słowami: „musisz – powinieneś – nie wolno”. Słowa te w sposób urazowy służą do wzmagania poczucia winy i obniżają poczucie wartości dziecka.
- **Rygoryzm** dysfunkcyjnej rodziny wyraża się surowością przestrzeganych reguł, nieustępliwością poglądów na świat i sztywnym trybem życia. Codziennosc składa się z przymusu, rutyny, dokładnie uregulowanych sytuacji, kontrolowanych znajomości i fałszywych sądów. Radość, niespodzianki

i spontaniczność nie mają prawa zaistnieć w takiej rodzinie.

- **Milczenie** to reguła obowiązująca w zamkniętych rodzinach, gdzie w sposób bezwzględny przestrzega się zachowywania „tajemnic rodzinnych”, np. alkoholizmu czy innych uzależnień, wykorzystywania seksualnego, nieślubnych dzieci któregoś z rodziców itd. Żadne ważne rozmowy nie mogą mieć miejsca się poza obrębem własnych czterech ścian. Dzieciom nie wolno nikogo prosić o pomoc ani im się zwierzać. Dzieci czują się odpowiedzialne i zobowiązane strzec integralności i hermetyczności życia rodzinnego.
- **Represyjność** polega na tłumieniu i opanowywaniu emocji. Uczucia to bardzo ważny element ludzkiej psychiki. W prawidłowo funkcjonującej rodzinie ludzie umieją rozpoznać uczucia, wyrażać je i dzielić się nimi z innymi. Tłumienie emocji to życie w zakłamaniu i brak możliwości rozpoznawania potencjalnych zagrożeń, które powoduje, że dziecko wkracza w życie w swoisty sposób okaleczone uczuciowo i niezdolne do budowania satysfakcjonujących relacji z innymi.
- **Triangulacja** ma miejsce wówczas, gdy dziecko włączane jest w konflikt rodziców w charakterze pośrednika. Traktowane jest instrumentalnie jako ktoś, kto stanie po stronie jednego z rodziców, udzielając mu wsparcia, dostarczając zrozumienia i emocjonalnego oparcia.

Sytuacja taka ma miejsce niejednokrotnie podczas toczącej się sprawy rozwodowej. Nieprzygotowane do takiej roli dziecko bywa wciągane w sprawy, kłopoty i spory ludzi dorosłych, w których z jednej strony nie powinno uczestniczyć, a z drugiej strony nie jest w stanie ich dostatecznie zrozumieć. Stanowi to duże obciążenie psychiczne dla wrażliwej psychiki młodego człowieka.

- **„Podwójne komunikaty”** są błędami komunikacji interpersonalnej w rodzinie, gdy dziecko otrzymuje wewnętrznie sprzeczne informacje na różnych poziomach i nie może ich uniknąć, ani – ze względu na swoje kompetencje – zanalizować. Dla przykładu, dziecko słyszy na poziomie werbalnym, że jest kochane, natomiast na płaszczyźnie pozawerbalnej (np. intonacja głosu, mowa ciała itd.) czuje, że wcale tak nie jest. Ten rodzaj „dezorganizacji komunikacyjnej” bywa źródłem wielu poważnych zaburzeń.
- **Niedostatek zabawy** wyraża się w rodzinach dysfunkcyjnych brakiem zdolności do pewnego dystansu do życia będącego sprawą przeraźliwie zasadniczą i umiejętności korzystania z różnych radości, jakie niesie codzienność. To brak gotowości do zabawy, odprężenia się oraz cieszenia z rzeczy czasem błahych. Dziecko często słyszy polecenie: „Bądź poważny, pracuj bez wytchnienia, od tego zależy twoja wartość. Zabawa to strata czasu. Nie zaprzątaj sobie nią głowy”. Ten rodzaj dysfunkcyjności będzie skutkował u dziecka nadmiernym przeciążeniem jego psychiki i podatnością na urazy.

- **Cierpiętnictwo** wiąże się często z wcześniej wymienioną cechą rodzin dysfunkcyjnych, gdyż rodziny tego typu wykazują wysoką odporność na bóle i zniewagi. Dzieci wciąż wysłuchują rodzicielskich kazań o potrzebie poświęcania się dla innych, nie bacząc na ponoszone koszty. Wyraźnie zostają tu zachwane granice psychologiczne między dobrem własnym a koniecznością ponoszenia świadczeń na rzecz innych osób. Powoduje to mniej lub bardziej uświadamiane sobie oraz skrywane poczucie krzywdy i brak docenienia.
- **Wzajemne uwikłania** wyrażają się nadmiernym uczestnictwem poszczególnych członków rodziny dysfunkcyjnej we wzajemnych problemach. Rozmywa się tu indywidualność i tożsamość jednostek oraz zacierają kontury psychiki poszczególnych osób. Kłopoty rodziców stają się kłopotami dzieci, a kłopoty dzieci w nadmierny sposób kłopotami rodziców. Nikt tu nie myśli o swojej odpowiedzialności, nikt nie przeżywa własnych uczuć. Nadmierna symbioza szkodzi zdolności dzieci do usamodzielnienia się i decydowania o sobie.

Do przejawów patologii powodujących dysfunkcję wydolności wychowawczej rodziny zalicza się kryminalizm, pasożytnictwo, prostytucję, przemoc seksualną wobec dzieci, uzależnienia, w tym: alkoholizm, narkomanię, hazard. Szczególnie negatywne prognozy stawiane są dzieciom wychowanym w rodzinach z problemem alkoholowym. Doświadczenia dziecka w rodzinie z problemem alkoholowym

to doświadczenia totalnego chaosu i zagubienia. Tego rodzaju chaos sprawia, że dziecko odrywa się od rzeczywistości. Życie tych rodzin podlega wielu niebezpiecznym zasadom. Do najpowszechniejszych należą: „nie mów”, „nie ufaj”, „nie odczuwaj”. Trzeba zwrócić również uwagę na obronny charakter ról przyjmowanych często nieświadomie przez dzieci. Należą do nich: bohater rodzinny, wyrzutek, zagubione dziecko, ułatwicz (wspomagający). W rodzinie z problemem alkoholowym, jak w każdej, w której zachodzą zjawiska patologiczne, dochodzi do odwrócenia ról między rodzicami a dziećmi⁴⁷. Stan chronicznego napięcia emocjonalnego staje się sposobem na życie. W patologicznym środowisku rodzinnym władza rodzicielska jest arbitralna, kapryśna i absolutna. Narzucone zasady są niekonsekwentne, sprzeczne lub rażąco niesprawiedliwe. Sytuacją normalną staje się nieprzewidywalność, przemoc i terror. Zdarzają się również ostre epizody, np. wybuchy agresji, kazirodztwo, awantury, porzucenia psychiczne i fizyczne. Długotrwałe alkoholizowanie rodziców prowadzi u niektórych do ujawniania się psychopatycznych rysów osobowości. Według szacunkowych danych liczba przypadków znęcania się nad dziećmi sięga w Polsce około 200 tysięcy rocznie⁴⁸. Jest to niebagatelna liczba, o której warto zawsze pamiętać mając świadomość, że bywa ona częstym źródłem zaburzeń zachowania dzieci i młodzieży.

⁴⁷ J.G. Woititz, *Dorośle dzieci alkoholików*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP, Warszawa 1994.

⁴⁸ M. Ochmański, *Alkoholizm ojców a sytuacja rodzinna i szkolna dzieci*, Wyd. UMCS, Lublin 1997, s. 51.

Rozdział III

Diagnoza socjoterapeutyczna

Prawdziwa wiedza to znajomość przyczyn.

Francis Bacon (1561-1626)

Socjoterapia, podobnie jak każda inna forma ludzkiej aktywności, opiera się na dwu konstytutywnych elementach ludzkiego istnienia, jakimi są **poznanie** i **działanie**. Nieustannie ponawiamy próby rozpoznawania otaczającej nas rzeczywistości, wysiłku zrozumienia jej i nadawaniu sensu temu wszystkiemu, co składa się na otaczający nas świat. Działanie z kolei to nic innego, jak dokonywanie zmian w tej właśnie otaczającej nas rzeczywistości. W przypadku socjoterapii działanie wyraża się przez **praktykę socjoterapeutyczną**, natomiast poznanie przez **diagnozę socjoterapeutyczną**. Poznanie diagnostyczne zawiera również dwie istotne składowe: **doświadczenie** i **rozumowanie**. Doświadczenie jest gromadzeniem informacji służących poznaniu, natomiast rozumowanie ma służyć właściwemu ustruktu-

ralizowaniu zgromadzonych faktów i przyznaniu znaczenia uzyskanym przez nas danym. Umiejętność prawidłowego rozumowania wynika z dobrej analizy, zdolności do formułowania trafnych hipotez roboczych, czy poprawnego wnioskowania. Nie bez znaczenia, choć często bagatelizowana lub wręcz ignorowana, jest tu intuicja oraz łatwość empatycznego wczucia się w sytuację drugiego człowieka.

Jest rzeczą oczywistą, że diagnoza, jaką posługuje się socjoterapeuta w swojej pracy, powinna być o wiele wnikliwsza i rzetelniejsza od zwykłego potocznego poznania każdego z nas, codziennego oglądu rzeczywistości, czy nawet okazjonalnej obserwacji dzieci i młodzieży, jaką najczęściej posługują się nauczyciele w swojej pracy. Należy pamiętać, że tak jak w każdym innym rodzaju terapii, zakwalifikowanie danego dziecka do zajęć socjoterapeutycznych powinno być poprzedzone nawiązaniem z nim dobrego kontaktu. Młody człowiek musi odczuć, że socjoterapeuta jest do niego dobrze nastawiony, okazuje mu życzliwość, jest osobą autentyczną (koherentną), zaangażowaną, skłoną do pomocy, oraz być przekonanym, że w kontakcie z nim można czuć się bezpiecznie. Jest to warunek wstępny pierwszego spotkania, którego jednak nie można nie przecenić. Przyszły uczestnik zajęć socjoterapeutycznych powinien w czasie takiego spotkania uzyskać wszystkie niezbędne informacje na temat terapii, jej charakteru i celu. Oczywiście, informacje te powinny być dostosowane do wieku oraz możliwości percepcyjnych dziecka. Zbudowanie właściwego kontaktu umożliwia dopiero zaistnienie całej dalszej sekwencji działań korekcyjnych, tj. diagnozy wstępnej, której poświęcimy w tym rozdziale nieco miejsca, zawarciu kontraktu terapeutycznego, czy wreszcie organizacji poszczególnych faz zajęć socjoterapeutycznych. Często ten pierwszy kontakt z dzieckiem, czy starszym

już adolescentem, ma decydujące znaczenie dla dalszego powodzenia terapii.

Diagnoza w socjoterapii jest więc częścią szerszego procesu i w dużym stopniu go zapoczątkowuje. Podobnie jak w innych rodzajach terapii, ma status hipotezy roboczej. Oznacza to, że nigdy nie przesądza ostatecznie o wszystkim, a skutek wciąż pojawiających się nowych danych w trakcie trwania terapii może ulegać zmianom i uzupełnieniom. Psychoterapeuci nie mają tu wątpliwości pisząc: „Jeśli proces psychoterapii przebiega pomyślnie, wiele aspektów diagnozy posiada status hipotez podlegających ciągłej weryfikacji”⁴⁹.

Diagnoza wstępna

Diagnoza (gr. *diágnôsis*) jest rozpoznawaniem określonego stanu rzeczy celem ewentualnego podjęcia określonych działań naprawczych, np. terapeutycznych, korekcyjnych itd. Każdy sensowny cykl działania zorganizowanego⁵⁰ składa się z następujących sekwencji zdarzeń: diagnoza stanu istniejącego → projektowanie działań → realizacja przedsięwzięcia → kontrola realizacji. Jeżeli kontrola wykaże istotne braki, należy wtedy podjąć ponowne działania diagnostyczne, które zapoczątkowują ponowny cykl działań.

W przypadku socjoterapii trudność polega na tym, że ma ona zarówno charakter *p r z e d m i o t o w y* (poznanie rodzaju urazów, jakie doświadczyło dziecko, przejawów zabu-

⁴⁹ E. Trzebińska, *Ogólna charakterystyka przygotowania i przebiegu procesu psychoterapii*, [w:] *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, (red.) L. Grzesiuk, PWN, Warszawa 1994, s. 116.

⁵⁰ S. Ziemiński, *Cykl działania zorganizowanego a diagnoza*, „Prakseologia”, nr 39-40, 1971.

zonego zachowania, postępów w funkcjonowaniu dziecka itp.), jak i p o d m i o t o w y (poznawanie przez samo dziecko relacji w kontakcie z terapeutą i grupą). W poznaniu przedmiotowym poznajemy bowiem niejako „coś” (urazy, mechanizmy obronne, sposób funkcjonowania), a w poznaniu podmiotowym poznajemy niejako „kogoś” (indywidualność danej osoby, jej relacje z innymi). Przedmiotowe poznanie jest najbardziej typowe dla nauk przyrodniczych, poznanie podmiotowe charakteryzuje najlepiej nauki humanistyczne. Stąd metodologia przedmiotowa bywa czasem nazywana „twardą”, gdyż charakteryzuje się ścisłymi i niezmiennymi regułami. Metodologia podmiotowa coraz częściej określana bywa „miękką”, ponieważ kieruje się bardziej rozumieniem i interpretacją niż tylko szukaniem zależności między poszczególnymi zmiennymi. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z pochyłą płaszczyzną relacji (podmiot poznający – przedmiot poznawany), w drugim przypadku relacja ma charakter poziomy (podmiot poznający, ale jednocześnie też poznawany; podmiot poznawany, ale również poznający). W odniesieniu do socjoterapii drugi rodzaj poznania jest najbardziej typowy: dziecko jest poznawane, ale jednocześnie samo poznaje sytuację terapii wraz z prowadzącym i innymi uczestnikami zajęć. Nie można jednak całkowicie ignorować pierwszego z rodzajów poznania i pewien kunszt poznawczy sprowadza się często do harmonijnego łączenia wiedzy o dziecku opartej zarówno na poznaniu przedmiotowym, jak i podmiotowym. Dr Antoni Kępiński zauważył, że pierwowzorem poznania przedmiotowego jest szeroko rozumiana „zabawa”, natomiast poznanie podmiotowe za swój archetyp ma „relacje z matką”.

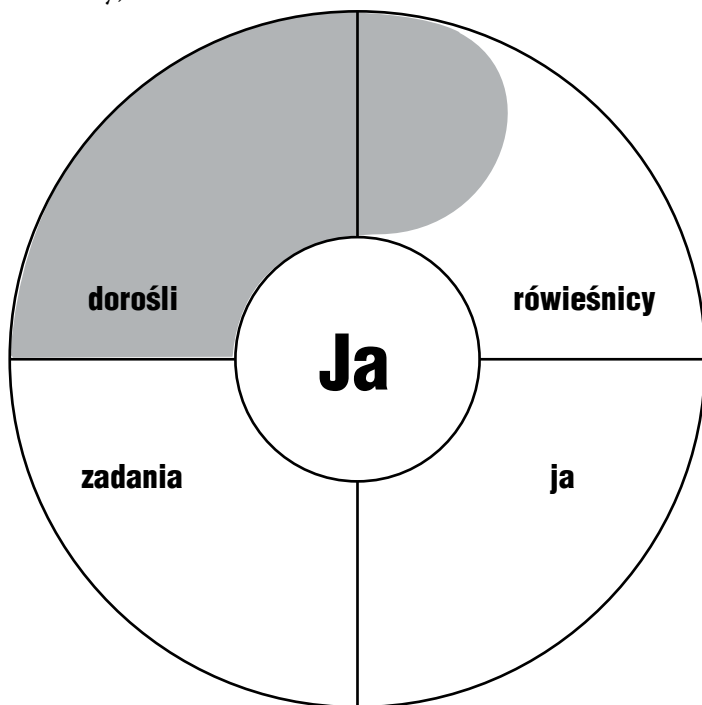
Diagnoza rodzaju i obszaru zaburzeń zachowania stanowi pierwszy etap postępowania socjoterapeutycznego. Aby zakwalifikować dziecko do udziału w zajęciach socjoterapeutycznych, nie zawsze są potrzebne bardzo rozległe testowe badania psychologiczne. W wielu wypadkach wystarczy opinia wychowawcy oraz konsultacja psychologa szkolnego, czy pracownika poradni. Taka wstępna diagnoza kwalifikująca poszczególne osoby do grupy może polegać na wyodrębnieniu kilku zmiennych (w poniższym przypadku jest to sytuacja rodzinna dziecka, jakość przeżywanych emocji, samoocena oraz zachowanie) i stworzeniu pomocniczego, szkicowego zestawienia w formie tabeli.

Imię i nazwisko	sytuacja rodzinna dziecka	emocje	samoocena	zachowanie	uwagi
Jasio Baka	-	--!	?	--!	przemoc
Marcin Darski	--!	?	?	--	op. społ.
Julka Galla	-	--	--	?	
Rafał Kowal	-?	+	-	--	
Agata Ryś	+	-	?	-	wagary

bardzo dobrze	++
dobrze	+
źle	-
bardzo źle	--
do końca nie wiadomo	?
bardzo nasilone	!

We wstępnej fazie trwania terapii, prowadzący obserwując dziecko może pokusić się o wykreślenie diagramu ilu-

strującego obszar zaburzonego zachowania. Diagram ten będzie informował nie tylko o szacunkowej skali zaburzenia (aspekt ilościowy), ale także zawierał odniesienia do konkretnych relacji, w jakich zaburzenia występują (aspekt jakościowy).

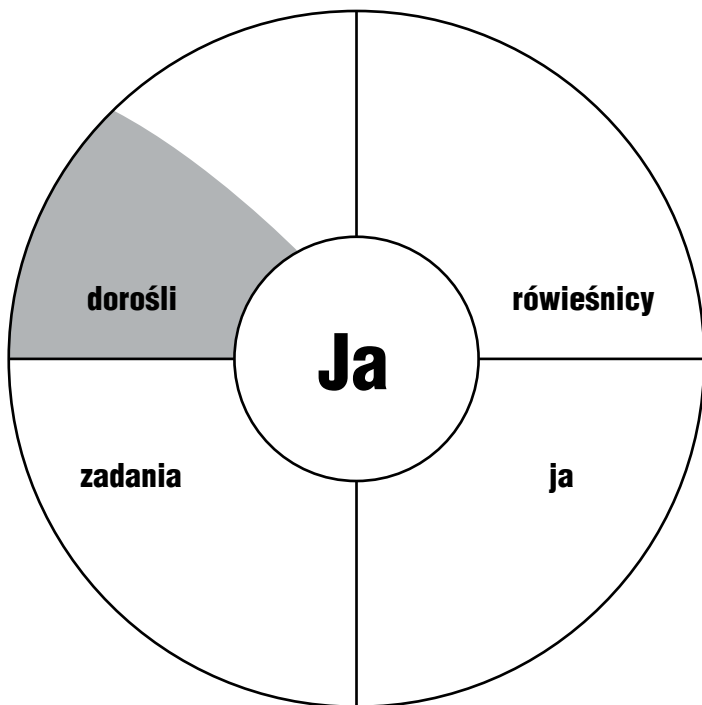


obszar zaburzeń

Gdy taki diagram zostanie nakreślony przy końcu trwania zajęć socjoterapeutycznych, będzie mógł stanowić cenną

wskazówkę dokonanych zmian oraz wytyczyć dalszy kierunek pomocy.

Ważne miejsce na etapie wstępnej diagnozy odgrywa rozpoznanie motywacji dziecka do uczestnictwa w tego



typu zajęciach. Dość często zdarza się, że motywacja ta nie jest największa lub wręcz nie ma jej wcale – szczególnie wtedy, gdy socjoterapia może kojarzyć się dziecku z „zajęciami psychologicznymi dla niegrzecznych dzieci”. Jest rzeczą niezwykle ważną, aby uczestnictwo w terapii nie było dla młodego człowieka przymusem. Może mieć to miejsce tylko

wówczas, gdy cele socjoterapii są włączone do szerszego i atrakcyjnego programu zajęć świetlicowych, harcerskich, sportowych, artystycznych lub innych podobnego typu. Socjoterapeuta w czasie takiej wstępnej rozmowy kwalifikacyjnej może zachęcić dziecko w różny sposób. Zależy to od jego kwalifikacji, np. umiejętności zawarcia indywidualnego kontraktu w rodzaju: „Widzę, że wahasz się nad moim zaproszeniem do uczestnictwa w naszych zajęciach; umówmy się w takim razie, że przyjdiesz na trzy kolejne spotkania, jeśli po nich uznasz, że nie chcesz dalej się z nami spotykać, powiesz to wszystkim uczestnikom i odejdiesz”.

Aby w sposób prawidłowy odróżnić zaburzenia od zachowań mieszczących się w granicach normy, w procesie diagnozy należy uwzględnić przede wszystkim:

- 1) wiek dziecka,
- 2) środowisko rodzinne, w którym się wychowuje,
- 3) wymagania stawiane dziecku,
- 4) zasady i normy przestrzegane przez rodziców i wpojone dziecku,
- 5) zwyczaje kulturowe i moralne panujące w szeroko rozumianym środowisku dziecka – w szkole, grupie rówieśniczej, na ulicy,
- 6) płeć dziecka i wynikające stąd różnice w ocenie zachowania,
- 7) poziom tolerancji rodziców i nauczycieli,
- 8) właściwości indywidualne dziecka⁵¹.

Większość badaczy uważa, że wskaźnikami warunkującymi prawidłową diagnozę danego zachowania mogą być:

⁵¹ M. Pecyna, *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*, WSiP, Warszawa 1998, s. 30.

- trwałość występujących objawów – za przejaw zaburzeń zachowania można uznać te symptomy, które trwają dłużej,
- intensywność objawów – duża ich liczba oraz duże natężenie są kryteriami, które mogą wskazywać na rzeczywiste występowanie zaburzeń zachowania, słabo zaznaczone symptomy nie mogą być uznane za przejaw patologii,
- częstość występowania patologicznych objawów – objawy rzadko występujące nie mogą być wskaźnikiem rozpoznania zaburzeń⁵².

Diagnoza pełna

Bardzo często wstępna diagnoza okazuje się zabiegiem wystarczającym, aby rozpoznać problem danego dziecka i ocenić, czy socjoterapia jako forma grupowej terapii zaburzeń zachowania okaże się w tym przypadku potrzebna, czy też nie. Pamiętajmy, że osobami najbardziej korzystającymi z terapii grupowej są ci, którzy szybko uczą się pod wpływem społecznej wymiany, stymulacji, a nawet pewnego rodzaju presji. Dzieci i młodzież z problemami intrapsychnicznymi (wewnątrzpsychicznymi) największą korzyść odnoszą z psychoterapii indywidualnej, gdyż lokalizują swoje kłopoty bardziej wewnątrz niż na zewnątrz siebie.

Wytrawny socjoterapeuta może jednak pokusić się o stworzenie tzw. diagnozy pełnej⁵³ uwzględniającej szereg diagnoz cząstkowych. Zanim do niej przejdziemy, wymie-

⁵² Tamże.

⁵³ S. Ziemiński, *Problemy dobrej diagnozy*, WP, Warszawa 1973.

nimy trzy odmiany diagnoz, z jakimi możemy spotkać się w psychologii:

- Diagnoza różnicowa (nozologiczna, gr. *nosos* – choroba) – polega na przyporządkowaniu danego objawu do określonej, opisanej wcześniej jednostki nozologicznej (np. w przypadku socjoterapii określenie na podstawie zachowania: uczeń agresywny, zaburzenia opozycyjno-butownicze o średnim stopniu nasilenia itp.). Przydatne okazują się w tych wypadkach tzw. klasyfikacje symptomatologiczne⁵⁴.
- Diagnoza funkcjonalna – stanowi opis tego, z czym i dlaczego dziecko ma trudności w regulacji swoich stosunków z otoczeniem (np. możliwie precyzyjny opis funkcjonowania zburzonego zachowania dziecka w relacji z rówieśnikami).
- Diagnoza interakcyjna – jest rodzajem mediacji problemu między daną osobą i jego otoczeniem a terapeutą (np. uzgodnienie między dzieckiem i jego rodzicami a socjoterapeutą, na czym polega jego problem).

Wymieniliśmy powyższe rodzaje diagnoz, aby uzmysłowić sobie ich rosnące znaczenie w kontekście każdej terapii (najmniejsze w przypadku diagnozy różnicowej i największe w odniesieniu do diagnozy interakcyjnej). Przejdźmy jednak do diagnozy pełnej, nazywanej też czasem rozwiniętą. Składa się ona z szeregu diagnoz cząstkowych:

⁵⁴ W dodatku na końcu książki umieszczono obowiązującą w Polsce klasyfikację ICD-10 i DSM IV-TR odniesioną do zaburzeń zachowania.

1. diagnoza porządkująca – polega na przyporządkowaniu danego badanego zjawiska do tzw. jednostki diagnostycznej; wyróżnia się tu dwa rodzaje diagnoz:

- a) diagnoza klasyfikacyjna – zaszeregowuje w sposób bezwzględny do pewnego gatunku (ma znakomite zastosowanie w dziedzinie nas interesującej, gdyż jest charakterystyczna dla nauk ścisłych);
- b) diagnoza typologiczna – zaszeregowująca z większym lub mniejszym prawdopodobieństwem do określonego typu (odpowiada więc w całości wcześniejszej wymienionej przez nas diagnozie różnicowej i jest reprezentatywna dla nauk humanistycznych);

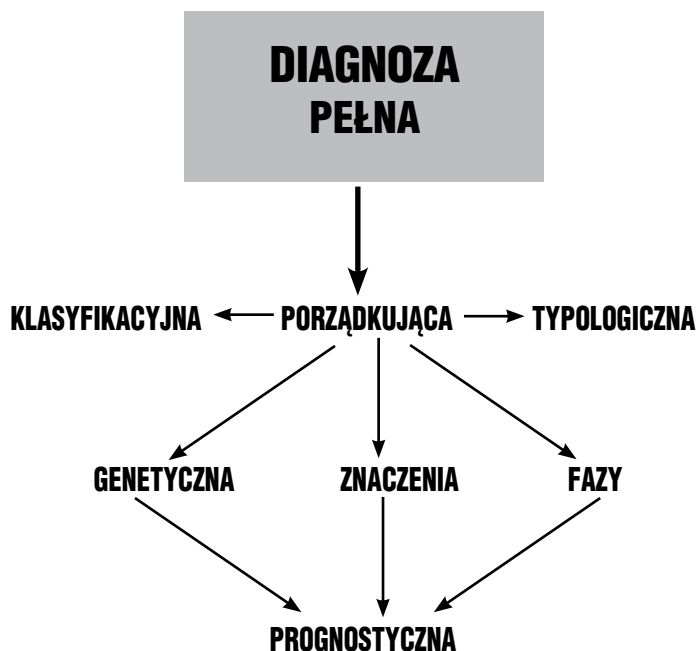
2. diagnoza genetyczna – stwierdza przyczyny występowania określonych stanów rzeczy (np. jaki rodzaj urazów spowodował istniejące zaburzenia zachowania, w jaki sposób rówieśnicy wpływają na wagarowanie ucznia itd.)

3. diagnoza znaczenia (celowościowa) – określa znaczenie istniejącego stanu rzeczy dla całości funkcjonowania jednostki (np. jak się ma określony rodzaj zaburzeń zachowania ucznia dla całości jego funkcjonowania w szkole);

4. diagnoza fazy – jak dalece dany stan rzeczy jest zaawansowany (np. jaki jest stopień zaburzeń zachowania ucznia: znaczny, umiarkowany, niewielki itp.);

5. diagnoza prognostyczna – stwierdza, jak w przewidywany sposób dany stan rzeczy może lub powinien się zmieniać w przewidywanej perspektywie czasowej (np. jakie będzie dalsze funkcjonowanie dziecka, jeżeli nie podejmie się socjoterapii).

Na koniec powiedzmy jeszcze, że socjoterapeuta może korzystać ze wszystkich dostępnych i znanych sobie metod



poznania dziecka. Najczęściej będzie się posługiwał metodą indywidualnych przypadków, dobierając odpowiednie techniki badań, jak:

- obserwacji (szczególne znaczenie ma tu obserwacja uczestnicząca, której walor trudno przecenić);
- rozmowy i wywiadu (rozmowa z samym dzieckiem i wywiad z jego rodzicami lub wychowawcą);
- ankiety i kwestionariusza (sondaż wśród uczestników zajęć na jakiś temat);
- testów wiadomości i umiejętności (może określać obszar trudności szkolnych, z jakimi dziecko sobie

- nie radzi; powinien być jednak stosowany w wyjątkowych wypadkach);
- analizy dokumentów (poznanie dokumentów instytucjonalnych związanych z dzieckiem, np. orzeczeń poradni);
 - analizy wytworów (prac dziecka, np. rysunków, efektów zajęć arteterapii);
 - technik socjometrycznych (dokonanie tego rodzaju badań na początku i na końcu zajęć może dostarczyć prowadzącemu niezwykle przydatnych informacji o zamieniającej się pozycji dziecka w grupie oraz spójności całej grupy).

W pewnym zakresie terapeuta może również korzystać z procedur eksperymentalnych i quasi-eksperymentalnych, testując nowe pomysły i rozwiązania w swojej pracy. Jeżeli nie jest psychologiem w zakresie swojego pierwotnego przygotowania zawodowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami, wszystkie metody psychometryczne (testy sprawności poznawczej, tj. testy inteligencji czy testy osobowości) powinien pozostawić odpowiednim specjalistom. Szczególnie owocna może się tu okazać współpraca pedagoga-terapeuty zajmującego się socjoterapią z psychologiem. Do dobrego przeprowadzenia diagnozy niezbędna jest pewna umiejętność rozpoznawania z n a c z e n i a pewnych zachowań, choćby tylko znajomość funkcji obronnych pełnionych przez określone zachowania. Bowiemy zgodnie z istniejącą w socjologii teorią interakcjonizmu symbolicznego nie tylko obserwujemy dane fakty, ale również nadajemy im automatycznie pewne znaczenie⁵⁵. Warto o tym pamiętać.

⁵⁵ M. Ziółkowski, *Znaczenie, interakcja, rozumienie. Studium z symbolicznego interakcjonizmu i socjologii fenomenologicznej jako wersji socjologii humanistycznej*, PWN, Warszawa 1981.

Podstawowym celem diagnozy socjoterapeutycznej jest zebranie informacji umożliwiających opracowanie programu korygującego typ zaburzeń charakterystycznych dla określonego dziecka i zapoczątkowujący cały proces terapeutyczny. Każde dziecko musi być oceniane indywidualnie i w stosunku do każdego należy zastosować inne metody oddziaływania terapeutycznego w zależności od jego wcześniejszych doświadczeń i aktualnej sytuacji. Nieodzownym warunkiem powodzenia w tej dziedzinie jest zrozumienie, że dziecko z zaburzeniami zachowania nie jest dzieckiem złym, lecz dzieckiem, które ma trudności w kierowaniu swoim postępowaniem. Narzuca to konieczność skutecznej i profesjonalnej pomocy, a nie tylko eskalowanie represji oraz nieustannego karania.

Rozdział IV

Zajęcia socjoterapeutyczne

Rzeczywistość jest naszym najważniejszym narzędziem terapeutycznym.

Thomas A. Harris

Zajęcia socjoterapeutyczne powinny pomóc ich uczestnikom w możliwie jak najszerszym zakresie zmienić błędne sądy poznawcze na temat ich samych oraz innych osób, stworzyć sytuacje dające możliwość odreagowania napięć emocjonalnych oraz zmienić dezadaptacyjne wzorce zachowań. Konieczna jest tu znajomość pewnych reguł postępowania przez socjoterapeutę i sposobów osiągnięcia powyższych celów.

Zdaniem amerykańskich badaczy⁵⁶, specjaliści zajmujący się terapią zaburzeń zachowania dzieci i młodzieży powinni kierować się następującymi przesłankami związanymi z kierowaniem dzieci na tego typu zajęcia:

⁵⁶ A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 274.

- trudności w uczeniu się, objawiające się poziomem osiągnięć, stopniami, powtarzaniem klas, wczesnym przerywaniem nauki w szkole i problemami w opanowaniu poszczególnych umiejętności, na przykład czytania;
- słabe relacje interpersonalne, objawiające się niskim poziomem umiejętności społecznych w stosunku do rówieśników i dorosłych oraz wyższym poziomem odrzucenia przez rówieśników;
- deficyty i zniekształcenia procesów poznawczych, związanych z funkcjonowaniem interpersonalnym;
- życie w rodzinie z historią zachowań przestępczych i zaburzeń czynności psychicznych, metod wychowawczych, przyczyniających się do wystąpienia u dziecka zaburzeń (np. stosowania surowych kar), nieudanych relacji małżeńskich, konfliktu interpersonalnego i agresji między rodzicami, słabej komunikacji w rodzinie oraz takich czynników dodatkowych, jak trudności materialne (bezrobocie, wysokie zadłużenie, bankructwo rodzica), niesprzyjające warunki mieszkaniowe (niebezpieczna okolica, mała powierzchnia mieszkaniowa), wysoki poziom stresu rodzicielskiego (np. w związku z byłym małżonkiem lub mieszkaniem u rodziny) i nieprzyjazny kontakt z instytucjami (szkoły, ośrodki pomocy, sądy).

J. Strzemięczny⁵⁷ sformułował cztery fundamentalne zasady prowadzenia zajęć socjoterapeutycznych.

⁵⁷ J. Strzemięczny, *Program zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci ze szkół podstawowych*, MEN, Warszawa 1988, s. 18-22.

Zasady prowadzenia zajęć

Zajęcia socjoterapeutyczne mają spełniać funkcje korygujące – takie jest ich podstawowe zadanie. Dokonuje się to przez organizowanie doświadczeń dziecka w taki sposób, aby zaspokajały jego potrzeby emocjonalne oraz stwarzały alternatywę dla wcześniejszych i aktualnych sytuacji wywołujących urazy. Zwróćmy uwagę, że na prawidłowo prowadzonych grupowych zajęciach socjoterapeutycznych dzieci i młodzież mają szansę na korektę swych zachowań w odniesieniu do wszystkich wymienionych wcześniej obszarów relacji: ja–dorosli (prowadzący), ja–rówieśnicy (współuczestnicy zajęć), ja–zadania (ćwiczenia) oraz ja–ja (obraz własnej osoby). Wymienione poniżej zasady prowadzenia zajęć socjoterapeutycznych są uniwersalnymi i uogólnionymi regułami odnoszącymi się do prowadzącego. Zakładają one, że ich przestrzeganie w najwyższym stopniu zapewni osiągnięcie założonych celów terapii.

- **Zasada afirmacji**

Obowiązuje tu założenie, że na zajęciach wytworzona zostanie taka atmosfera wzajemnych relacji, która pozwoli na dostrzeżenie i podkreślanie pozytywnych cech i zdolności uczestników. Wśród reguł przyjętych na początku zajęć należy przyjąć, że we wzajemnej komunikacji unikamy krytycznego oceniania innych, wskazywania wad, wytykania błędów, podkreślenia niedociągnięć, czy wręcz wyśmiewania. Zauważa się natomiast pozytywne dążenia, osiągnięcia i motywacje innych. W każdym człowieku można dostrzec dobre cechy, stąd też każdy zasługuje na afirmację. Ciągła krytyka,

z jaką dziecko spotyka się często w domu i w szkole, zmniejsza jego wiarę w siebie, intensyfikuje negatywny stres, obniża ilość energii potrzebnej do przezwyciężania trudności. Powoduje również obronne zamknięcie się w sobie, co blokuje możliwość przyjmowania treści korygujących zachowanie. Atmosfera afirmacji panująca na zajęciach sprzyja otwartości na nowe komunikaty i nowe sposoby uczenia się. Występujące u dzieci urazy najczęściej łączą się z zagrożeniem poczucia własnej wartości. Przestrzeganie zasady afirmacji stwarza możliwość przewartościowania przekonań dziecka odnośnie własnej osoby. Ważne zadanie w wytworzeniu klimatu aprobaty, uznania i akceptacji przypada w udziale prowadzącemu zajęcia. To jego zachowanie ma głównie modelować takie postępowanie, które staje się wzorcem wzajemnych odniesień. Także proponowane przez niego ćwiczenia (obecne szczególnie w treningu interpersonalnym) będą sprzyjać realizacji tej zasady. Pełen życzliwości i serdeczności sposób odnoszenia się socjoterapeuty do dzieci będzie przenoszony na ich wzajemne relacje zarówno na zajęciach, jak i poza nimi. Może on umiejętnie i z wyczuciem blokować te zachowania dzieci, które są wyrazem niechęci, krytyki, wyszydzenia i deprecjonowania innych. Im mniej będzie na zajęciach typowego klimatu klasy szkolnej („nie wiesz?“, „co na dzisiaj przygotowałeś?“, „znów nic nie umiesz“ itp.), tym bardziej zasada ta będzie przestrzegana. Odzwierciedla ona w pewnym sensie uniwersalną normę obowiązującą we wszystkich rodzajach terapii, że **wsparcie poprzedza konfrontację**. Wytworzenie wspomnianego atmosfery nie jest zadaniem łatwym, toteż należy rozpocząć stosowanie tej reguły od samego początku i rozciągnąć ją na wszystkie pozostałe zajęcia.

- **Zasada bliskości**

Prowadzący powinien stworzyć ciepłe, bezpieczne i bliskie relacje z poszczególnymi uczestnikami zajęć. Dzieci muszą czuć, że prowadzący stoi po ich stronie w próbach radzenia sobie z trudnościami. Powinien zauważać każdego uczestnika z osobna, pamiętać jego imię, dostrzegać jego indywidualność, interesować się jego sprawami i kłopotami i być nim autentycznie zainteresowany. Stan bliskości prowadzącego i dziećmi osiąga się przez wszystkie te ćwiczenia, które zmniejszają dystans fizyczny między uczestnikami zajęć (dotykanie, wyrażanie sympatii w sposób niewerbalny, wyrażanie gotowości do udzielania pozytywnego i bezwarunkowego wsparcia). Sprawa dotyku, choć tak charakterystyczna dla wszelkiego rodzaju zajęć grupowych i niektórych kierunków psychoterapeutycznych (tzw. praca z ciałem), stała się w ostatnich czasach wielce kontrowersyjna. Istnieje prawdopodobieństwo, że socjoterapeuta będzie skłonny unikać go w kontakcie z dziećmi, aby nie zostać poświadczony o pedofilii, niż świadomie i w sposób pozbawiony nadużyć wykorzystywać jako element budowania kontaktu. Podobnie jak w odniesieniu do wcześniejszej zasady, i tu również socjoterapeuta spełnia rolę modelującą. Pozbawiona formalnego dystansu postawa prowadzącego i niepowielanie złych stereotypów relacja dziecko–dorosły, sprzyja wytworzeniu się osobistego i bliskiego zaangażowania. Wytwarza automatycznie korygujące zachowania nacechowane życzliwością, niweluje wadliwe sądy poznawcze („ludziom nie można ufać”) i stwarza szansę do odreagowania negatywnych przeżyć. Dzieci, często po raz pierwszy w swoim życiu, doświadczają atrakcyjności bycia w bliskich i bezpo-

średnich relacjach z innymi. Urazowe doświadczenia bycia traktowanym w sposób przedmiotowy (np. w domu, w sytuacjach szkolnych) mają szansę zostać częściowo zniwelowane lub choćby tylko w sposób istotny zminimalizowane. Należy bowiem pamiętać, że po zajęciach uczestnicy wracają do swoich środowisk.

- **Zasada otwartości**

Zasad ta polega na stworzeniu dziecku możliwości jasnego, otwartego wyrażania i przyjmowania informacji o sobie. Zapewnia każdemu uczestnikowi zajęć możliwość bezpiecznego ujawniania ważnych dla niego spraw i szacunku dla doświadczeń i postaw innych. Przestrzeganie tej zasady stwarza możliwość wyjścia dziecka z otaczającej go izolacji, wypracowania optymalnych granic w relacjach z otoczeniem, nabycia zdolności współodczuwania i rozwiązywania problemów z innymi. Jest to konieczny warunek odbudowy zaufania do świata i korekty wielu niepożądanych zachowań przez dziecko. Nakłada to na prowadzącego szczególną dbałość i wrażliwość na sytuacje, gdy dziecko ujawnia swoje, niejednokrotnie traumatyzujące doświadczenia, czy wstydlive fakty dotyczące jego samego lub jego rodziny. Klimat zajęć powinien przejawiać się wytworzeniem klimatu bezpiecznego zrozumienia i uważnego słuchania innych. Prowadzący powinien jednak ciągle pamiętać o jednej z fundamentalnych reguł obowiązujących wszystkie inne terapie: **otwartość tylko wtedy, gdy zostaje zagwarantowane bezpieczeństwo interpersonalne.**

Takie bezpieczeństwo uzyskuje się m.in. dzięki przestrzeganiu odpowiedniego zapisu w kontrakcie terapeutycznym

tycznym, który może brzmieć np. tak: „wszystko, o czym dowiadujemy się na spotkaniu o innych, pozostaje naszą wspólną tajemnicą”.

Zasada ta koryguje skutki deprivacji potrzeb dziecka, bycia lekceważonym, niezauważanym, nieszanowanym. Niweluje też często negatywne treści poznawcze dotyczące innych.

- **Zasada istnienia norm**

Reguła ta nakłada na prowadzącego wymóg wprowadzenia norm porządkujących, organizujących i strukturalizujących przebieg zajęć. Normy te powinny być zrozumiałe dla dzieci, akceptowane przez nie, ale przede wszystkim umożliwiające dzieciom przeżycie dobrych doświadczeń, a tym samym osiągnięcie celów stawianych przed zajęciami socjoterapeutycznymi. Mowa tu głównie o tzw. normach formalnych (zawartych np. w kontrakcie terapeutycznym), dla odróżnienia od norm nieformalnych, o jakich będzie mowa w dalszej części książki. Dzieci powinny znać wprowadzone normy i rozumieć ich sens i celowość. Należy być elastycznym i dopuszczać po pewnym czasie możliwość zmiany. Zbyt duża ich liczba może paradoksalnie zmniejszać poczucie bezpieczeństwa uczestnikom, zwiększać ilość konfliktów i napięć, obniżać chęć uczestnictwa dzieci w zajęciach. Należy pamiętać też o paradoksalności wprowadzenia pewnych norm, które mogą działać jako tzw. „samospełniająca się przepowiednia”. Oznacza to, że gdy zbyt mocno będzie akcentowany pewien zakaz, to będzie on łamany częściej niż należałoby się tego spodziewać. Wielu terapeutów zna dobrze dowcip o „Białym Słoniu”. Transponując to na sytuację socjoterapii – zakażmy surowo, aby żadnemu dziecku do

najbliższych zajęć nie przyśnił się w nocy Biały Słoń, a okaże się, że wielu uczestników taki zwierzak odwiedzał w marzeniach sennych. Uczestnicy muszą odczuć, że reguły panujące na zajęciach nie są wymierzone przeciw nim czy stanowią wyraz nieograniczonej władzy dorosłych, lecz są wyrazem życzliwości i troski, aby mogły czuć się dobrze i bezpiecznie. Przestrzeganie tej zasady koryguje zachowania związane z przestrzeganiem dyscypliny przez dziecko, co w kontekście zaburzeń zachowania ma szczególny walor.

Kierunki, metody i techniki zajęć socjoterapeutycznych

W socjoterapii stosowane są różne techniki oddziaływania psychokorekcyjnego, a ich różnorodność wyraźnie wskazuje na wzorowanie się na różnych nurtach i kierunkach terapeutycznych. Dostrzec w nich można inspiracje płynące z podejścia psychodynamicznego, terapii Gestalt, orientacji behawioralnej, terapii ericksonowskiej, poznawczej i humanistycznej. Ta wielorakość wynika z adresata zajęć. Dzieci i młodzież to grupa w okresie swojego dynamicznego rozwoju, stąd konieczność różnorodności i zmienności oddziaływań z uwzględnieniem indywidualności uczestników. Wynika również z pierwotnego przygotowania socjoterapeuty. Ktoś szkolony w podejściu psychoanalitycznym będzie zajmował na zajęciach pozycję neutralną i odzwierciedlającą. Będzie zwracał uwagę na obecność u dzieci psychicznych urazów, wewnętrznych konfliktów i społecznych czy emocjonalnych deficytów. Przywiązany do behaviorizmu będzie bardziej strukturalizował zajęcia i spostrzegał

problemy w kategoriach utrwalonych nawyków i dobierał świadomie wzmocnienia. Socjoterapeuta o przygotowaniu poznawczym zauważy częściej niż inni hiperaktywne schematy poznawcze i błędy w myśleniu uczestników zajęć oraz będzie umiał podać je dekonstrukcji. Terapeuta szkolony w nurcie humanistycznym lub egzystencjalnym będzie nastawiony bardziej na rozwój osobowości, a zorientowany ericksonowsko zwróci się w doborze metod raczej w kierunku mocnych stron dzieci i młodzieży, niż ich deficytów. Transakcjonalista zadba o właściwy poziom komunikacji w grupie, w tym o unikanie gier interpersonalnych lub zauważy obecność nieświadomego scenariusza życia obecnego u uczestników zajęć. Socjoterapeuta umiejący spostrzegać sytuacje w kategoriach systemowych na pewno inaczej poprowadzi grupę niż ten, komu obce jest tego rodzaju myślenie. Będzie też widział sytuację dziecka w szerszym, bo strukturalnym kontekście. Przykłady można by mnożyć. Dzieci wymagają od prowadzącego elastyczności i niekonwencjonalności w podejmowanych interwencjach. Szybko się nudzą, są zmienne, zniecierpliwione i oczekują ciągłych zmian. Rutyna i mała atrakcyjność gier i zabaw powoduje u nich natychmiast spadek motywacji do uczestnictwa w zajęciach. Potrzebują w pierwszej kolejności zrozumienia, otwartości, autentyczności ze strony terapeuty (koherencji), i jego gotowości do współdziałania. Zabawa dorosłego terapeuty z dzieckiem powoduje wspólnotę doświadczeń, która stwarza większe możliwości modelowania zachowań. Podejście twórcze uaktywnia swobodę działania i autentyczne przeżywanie emocji. W atmosferze niepokoju, braku bezpieczeństwa oraz wysokiej dyrektywności dziecko zamyka

się w sobie i staje się pasywnym wykonawcą poleceń⁵⁸. Zajęcia socjoterapeutyczne należą do jednych z najbardziej ustrukturalizowanych rodzajów terapii. Oznacza to, że prowadzący zajęcia, pozostając w dobrej relacji z grupą, inicjuje różnego rodzaju działania, które mają stworzyć okazję do osiągnięcia celów socjoterapii. Wymieniając poszczególne metody i techniki socjoterapeutyczne należy ciągle pamiętać, że są one wtórne w stosunku do samej **relacji terapeutycznej**, która odgrywa – tak jak w każdym rodzaju pomocy psychologicznej – zawsze pierwszoplanową rolę. Jest to niestety pułapka, w jaką często wpadają młodzi terapeuci przywiązując nadmierną wagę do samego sposobu realizacji zajęć, zaniedbując równocześnie istotę i niepowtarzalność osobowego zdarzenia jakie ma miejsce w czasie tego rodzaju spotkania. Charakteryzuje ich też to, co bywa określane jako „zachłanność w poszukiwaniu nowych i efektywnych metod terapii”. Z reguły obecni są na wszystkich nowych szkoleniach, kursach i warsztatach w poszukiwaniu „cudownej metody”, której jeszcze nie znają. Niepewni w swojej roli, wciąż są nieprzygotowani do podjęcia efektywnej pracy terapeutycznej.

W programach socjoterapeutycznych wykorzystuje się różne metody pracy z grupą. Podstawą jest jednak praca w kręgu i rundki zwrotne jako technika dzielenia się z innymi swoimi doświadczeniami. Siedzenie w kręgu umożliwia wszystkim uczestnikom grupy bezpośredni kontakt wzrokowy, sprzyja nawiązaniu kontaktu emocjonalnego, wyrównuje pozycje społeczne i zmniejsza dystans, zwłaszcza

⁵⁸ A. Matyja, *Metody i techniki stosowane w socjoterapii*, Publikacje Edukacyjne, www.publikacje.edu.pl

między prowadzącymi dorosłymi a dziećmi. Ponadto większość gier i ćwiczeń odbywa się w kręgu lub kole. Krąg jest stałym elementem zajęć socjoterapeutycznych na ich początku i końcu⁵⁹. Można powiedzieć, że krąg strukturalizuje zajęcia w sensie przestrzennym, ale ma też pewne znaczenie symboliczne, pokazując łączącą wszystkich wspólnotę.

Psychodrama/socjodrama

Pojęcie psychodramy (gr. *psyche* – dusza, *drama* – działanie) związane jest ze spontanicznym, twórczym i improwizowanym odgrywaniem przez daną osobę określonych ról i zdarzeń w sytuacji terapeutycznej. Nastawiona jest na korzyści, jakie może ona przynieść j e d n o s t c e. Główne znaczenie ma tu pojęcie *katharsis* jako uwolnienie i oczyszczenie napięć i emocji pochodzących z przeszłości, zasadniczo o urazowym charakterze. Na skutek tych działań uzyskuje się odprężenie, ulgę i pewien rodzaj równowagi psychicznej. Socjodrama koncentruje się bardziej na grupie terapeutycznej jako z b i o r o w o ś c i, w której mogą ujawniać się różnorodne problemy i konflikty. Socjodrama ma na celu polepszenie relacji interpersonalnych wśród uczestników zajęć, ujawnienia relacji między członkami grupy lub istniejących napięć. „Kieruje swą uwagę na społeczne relacje międzyludzkie i na postawy [...], naświetla też stosunki między różnymi grupami i zwraca szczególną uwagę na

⁵⁹ K. Sawicka (red.), *Socjoterapia*, Wydawnictwo Seventh Sea, Warszawa 1999, s. 22.

istniejące między nimi sprzeczności⁶⁰. Różnica między tymi metodami jest ściśle umowna i w praktyce terapeutycznej często oba te podejścia przeplatają się ze sobą.

Psychodramę zainicjował w swojej pracy J.L. Moreno, który w roku 1913 rozpoczął próby z przedstawieniami inscenizacyjnymi. Był prekursorem kreatywnego rozwiązywania problemów we wspólnocie za pośrednictwem dramatu. Uważał, że traumy, jakie ludzie przeżywają najczęściej w dzieciństwie, powodują bezsilność i bezradność. W ten sposób zostaje zahamowana spontaniczność reagowania, która według Moreno jest warunkiem zdrowia psychicznego, brak spontaniczności wyrażającej się w kreatywności powoduje pojawienie się sztywnych struktur i nieadekwatnych zachowań, które nazywał on rolą patologiczną. Psychodrama polega na odgrywaniu scen związanych z danym tematem. Uczestnik wchodzi w rolę poszczególnych bohaterów opowiadania lub odgrywa jakiś rodzaj zachowania. Dziecko, chowając się za „maską” postaci, wypowiada słowa, czerpane na ogół z doświadczeń, nierzadko urazowych. Wypowiedzenie blokujących je słów, odegranie emocji, pozwala na uwolnienie się od zaburzeń pozostających w pamięci emocjonalnej. Zaletą psychodramy dziecięcej jest jej struktura i zespołowy charakter pracy nad problemami uczestników w grupie rówieśniczej. Grupa rówieśnicza jest dla dziecka równie ważna jak rodzina. W fazie dorastania grupa rówieśnicza daje dziecku możliwość przeżywania konfliktów w zabawie. Przyczynia się do skutecznego porozumiewania, współdziałania, co pozwala wydobywać się z egocentryzmu, pozwala na trenowanie i poznawanie

⁶⁰ E. Røine, *Psychodrama: o tym, jak grać główną rolę w swoim życiu*, Wyd. KONTAKT, Opole 1994, s. 236.

nowych ról. Dziecko może grać siebie, albo swoich najbliższych, co umożliwi mu ich lepsze zrozumienie i weryfikowanie obowiązujących norm społecznych. Aktywność w grupie wymaga określenia swojego nastawienia do innych i określenie swojej roli w grupie jako całości. Grupa w psychodramie dziecięcej staje się poligonem do ćwiczenia zdolności właściwego artykułowania oczekiwań, roszczeń, sygnalizowania różnych zmian, a w procesie komunikowania się stwarza warunki do ustalania norm, reguł i sankcji.

Psychodrama jest procedurą ukierunkowaną na modelowanie pożądanych form porozumiewania się oraz zachowania. Jej zadaniem jest dawać wsparcie, rozwijać umiejętności odczuwania i postępowania, które są zdominowane podświadomymi konfliktami, oraz prowadzić do poprawy zdolności komunikowania, nawiązywania kontaktów, zespołowego współdziałania i życia we wspólnocie. Warunki, w jakich przebiega psychodrama, umożliwiają uzyskanie utraconej równowagi zniekształconego stosunku do otoczenia. W trakcie rozgrzewki, wprawek teatralnych, gry właściwej, omawiania, dziecięcy aktorzy mają doświadczać solidarności, empatii i poszerzać społeczne kompetencje do wchodzenia w relacje z innymi. Kilka najprostszych rad dla terapeutów stosujących psychodramę:

- inscenizacja musi być zawsze poprzedzona wprowadzeniem w tematykę,
- wstyd uczestników mija szybko,
- prowadzący włącza się do akcji tylko w wyjątkowych wypadkach,
- nie należy sugerować rozwiązań, ale tylko wyrażać pomysły,

- scenki powinny być związane z realnymi problemami dzieci,
- gra staje się istotna, gdy pojawia się konflikt interesów,
- inscenizacja służy uczeniu się nowych zachowań, a nie popisom gry aktorskiej
- pomijamy zbyt rozbudowane wątki,
- należy unikać zbyt wielu aktorów oraz ról osób „pijanych”, gdyż często kończy się to bałaganem,
- im młodsze dzieci, tym krótsze scenki,
- koniec inscenizacji nie jest końcem stosowania całej metody,
- wszyscy uczestnicy muszą być nagrodzeni okłaskami,
- nie może się obyć bez omówienia całości ze szczególnym uwzględnieniem przeżywanych uczuć,
- nie należy zaczynać następnej scenki, gdy nie została zakończona i omówiona poprzednia.

Psychodrama przebiega według stałej sekwencji: rozgrzewka (obniżenie poziomu niepokoju i oporu uczestników np. poprzez taniec, imitowanie różnych dźwięków, naśladowanie zwierząt itd.) – gra (dziejąca się umownie akcja zaczyna wciągać uczestników zgodnie z regułą „tu i teraz”) – zakończenie (omówienie inscenizacji). Na metodę psychodramy składa się wiele technik, jak: odtwarzanie zdarzeń i rozmów, granie roli samego siebie, monolog, sobowtór, technika zmiany ról, zwierciadło, technika sprzecznych tendencji, technika przedstawiania scen fikcyjnych, inscenizowanie bajek, puste krzesło⁶¹.

⁶¹ Tamże.

Psychodramę czasem określa się jako „metodę kreatywną o skutkach terapeutycznych”.

Kukiełki

Jest to pewna odmiana powyższej metody. Scenki są przedstawiane przy użyciu kukiełek wcześniej przygotowanych przez uczestników. Metoda ta jest godna polecenia w sytuacjach pracy z dziećmi młodszymi lub mających z jakichś względów trudności z osobistym odgrywaniem określonych postaci (np. któryś z uczestników jest niepełnosprawny). W zastosowaniu kukiełek obowiązują zasady podobne jak w przypadku psychodramy, np. w formie rozgrzewki należy pozwolić dzieciom pobawić się lalkami, po zakończeniu scenki należy omówić całość itd. Scenki powinny być stosunkowo krótkie, akcja prosta, dialogi zrozumiałe i powstające spontanicznie w czasie gry. Dla uniknięcia bałaganu, przekrzykiwania się i braku czytelności dialogów wynikających z pojawiających się emocji należy zadbać, aby kukiełki nie mówiły jednocześnie, np. nakazać, aby w sytuacji, gdy mówi jedna, pozostałe „zastygły” w swoim ostatnim geście.

Arteterapia

Metody arteterapeutyczne (łac. *ars* – sztuka, gr. *therapeuein* – leczyć, ang. *art therapy*) wykorzystują do celów leczniczych różnorodne formy plastyczne, muzyczne, cho-

reograficzne, literackie i teatralne. Dają możliwość symbolicznego wyrazu trudnych przeżyć, doświadczeń i emocji w bezpiecznych emocjonalnie warunkach, w formie mówienia „nie wprost”. Obniżają napięcie i pomagają nazwać problem. Arteterapia odwołuje się przede wszystkim do wyobraźni dziecka. Pozwala rozwinąć poczucie estetyki i nieskrępowaną kreatywność. Zapewnia kontakt ze sztuką na poziomie jej twórcy, nie zaś odbiorcy. W czasie tworzenia wyzwalane są nieuświadomiane konflikty i możliwość wyjścia poza własną perspektywę w rozumieniu problemów. Dziecko nie umie tych konfliktów nazywać, dlatego ich uplastycznianie, umuzykalnianie, czy wyrażenie w sposób literacki jest formą eksploracji własnej psychiki i osobowości. W różnych przejawach arteterapii wartości estetyczne są drugoplanowe, istotą jest sam proces tworczy podczas aktu tworzenia – sama aktywność, planowanie, przebieg procesu tworzenia, porażki, powodzenia, wytrwałość i nagroda w postaci uwagi innych. Zainteresowania innych czymś, co jest częścią świata działającego dziecka. Daje mu to poczucie pozytywnego wpływu na otoczenie i wiary w siebie⁶². Arteterapia pozwala dziecku, niejednokrotnie po raz pierwszy w życiu, odnieść sukces z ukończonego dzieła. Stwarza szansę na budzenie odpowiedzialności za wspólną pracę i wytrwać do końca, gdy podjęło się jakieś działanie, co w przypadku dzieci dotkniętych ADHD ma szczególną wartość.

⁶² H. Wardaszko-Łysakowska (red.), *Terapia grupowa w psychiatrii*, PZWL, Warszawa 1980, s. 270.

Rysunek terapeutyczny

Traktowany może być jako część arteterapii, choć równie dobrze, ze względu na swoją rolę diagnostyczną, może stanowić oddzielną technikę terapii. Za pomocą rysowania i malowania dziecko w sposób niepowtarzalny dokonuje projekcji swoich przeżyć. O doświadczeniach dziecka jego stosunku do świata świadczy nie tylko treść rysunku, ale jego geometria, wybór koloru, intensywność barw, kreski, czy sposób użycia i odczytania symbolu. Najważniejsza staje się swobodna ekspresja, a nie jakość samego wytworu. W czasie zajęć socjoterapeutycznych dziecko nie jest oceniane i porównywane z pracami innych uczestników. Technikę tę warto stosować, gdy dysponujemy dostatecznie dużą ilością czasu, gdyż na koniec wszystkie prace muszą być wyeksponowane i omówione, a każde dziecko musi zostać docenione za swój wysiłek. Rysunek może spełniać też rolę diagnostyczną. W psychologii znane są testy projekcyjne tego rodzaju, np. „Narysuj rodzinę”, „Dom – Drzewo – Człowiek” i szereg innych. Jednak interpretacja rysunków dziecięcych, na co zwraca uwagę wielu autorów⁶³, nie jest wcale sprawą tak prostą, jak czasami mogłoby się wydawać. Łatwo tu o nadinterpretację, stąd ocena musi się dokonywać przy udziale przynajmniej dwóch specjalistów.

Terapia zabawą

Zabawa to podstawowa forma pracy socjoterapeutycznej. Zabawa będąca główną aktywnością dziecka towarzy-

⁶³ A. Matyja, *Metody i techniki stosowane w socjoterapii*, Publikacje Edukacyjne, www.publikacje.edu.pl

szy także młodzieży oraz osobom dorosłym⁶⁴. Podręczniki psychologii rozwojowej wyodrębniają zabawową aktywność dziecka, pomijają jednak rolę zabawy w życiu młodzieży dorastającej i młodzieży starszej. Zabawa, w przeciwieństwie do nauki i pracy, jest aktywnością wynikającą nie z konieczności, lecz z wolnego wyboru⁶⁵. Terapeutyczna rola zabawy polega zaś na tym, iż podejmując działalność zabawową uwalniamy się na ten czas od codziennych zdarzeń życiowych, od surowych wymagań stawianych nam przez otoczenie lub przez samych siebie, od podejmowania ważnych decyzji itp.⁶⁶ Z drugiej strony, zabawa pozwala na doświadczanie humoru, nieskrępowanej radości, przyjemności z bycia razem bez zobowiązań, na doświadczanie swobodnej ekspresji, odprężenia psychicznego i fizycznego itp. Obserwacja zachowań dzieci z trudnościami w społecznym funkcjonowaniu wskazuje, iż nie potrafią się one bawić, śmiać, istnieć przez chwilę beztrosko. Wprowadzenie do zajęć socjoterapeutycznych dobrej zabawy staje się więc warunkiem procesu zdrowienia. Źródłem dobrej zabawy mogą być zabawne sytuacje pojawiające się w grupie spontanicznie (jeśli prowadzący ma poczucie humoru, zwłaszcza sytuacyjnego) oraz zaplanowane propozycje aktywności, które dostarczają uczestnikom pozytywnych uczuć i które dzieci podejmują bez lęku i niepokoju, a także spontaniczna aktywność dziecięca często przybierająca postać grupowego szaleństwa (np. rzucanie poduszkami, baraszkowanie na materacach)⁶⁷.

⁶⁴ Tamże, s. 24.

⁶⁵ S. Suchodolski, *Kim jest człowiek?*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1985, s. 212.

⁶⁶ Tamże, s. 215.

⁶⁷ K. Sawicka (red.), *Socjoterapia*, dz. cyt., s. 25.

Zaprogramowane propozycje zabawowe mają zwykle swój początek i koniec, określoną fabułę i treść oraz organizację. W swojej treści odwołują się bądź do wyobraźni uczestników, do określonych symboli, bądź do aktywności ruchowej, bądź do idei dziecięcych zabaw konstrukcyjnych. W zabawie nie występuje rywalizacja, biorą w niej udział młodzi uczestnicy grupy oraz osoby prowadzące zajęcia na zasadach dobrowolności. Zabawy w socjoterapii mają przede wszystkim charakter ludyczny i uwalniający dziecko od negatywnych przeżyć. Mówimy więc o zabawach służących relaksowi i wprowadzaniu dobrego nastroju oraz podnoszących energię grupy, sprzyjających integracji grupy⁶⁸.

Techniki terapii Gestalt

Terapia Gestalt (niem. *Gestalt* – figura, kształt, postać, forma) została zapoczątkowana przez F. Persla i obecnie zaliczana jest do nurtu humanistycznie zorientowanej psychoterapii. Zakłada, na podstawie teorii pola K. Lewina, że w zdarzeniach psychicznych można wyraźnie wyróżnić określone „figury” (coś, na czym skupiamy naszą uwagę) i „tło” (pozostałe elementy naszej świadomości), oraz że całość jest czymś innym niż suma poszczególnych części. Osoby dobrze funkcjonujące psychicznie potrafią plastycznie przechodzić z tworzonych przez siebie figur do tła, i na odwrót. Tylko zdolność do optymalnego tworzenia figur zapewnia nam zaspokajanie naszych potrzeb. Ważne miejsce zajmuje tu zdolność do poszerzania świadomości własnego

⁶⁸ Tamże.

„ja”, co w terapii odbywa się za pomocą specjalnych technik pracy z terapeutą na forum grupy (np. tzw. technika „gorącego krzesła”). Podejście to może znaleźć zastosowanie na zajęciach socjoterapeutycznych głównie ze starszą młodzieżą, która w sposób naturalny dla tego etapu rozwoju poszukuje jakiegoś rodzaju samowiedzy. Wykorzystanie technik gestaltowskich przez socjoterapeutów powinno mieć miejsce tylko wówczas, gdy posiadają oni odpowiednie przygotowanie do tego rodzaju pracy, gdyż wiążą się one często z dużą intensywnością przeżywanych emocji przez uczestników.

Techniki neurolingwistycznego programowania

Neurolingwistyczne programowanie (NLP) i wywodząca się z niego psychoterapia (NLPt – ang. *neuro-linguistic programming therapy*) zostały zapoczątkowane przez J. Grindera i R. Bandlera w latach siedemdziesiątych XX wieku. Psychoterapia zwraca szczególną uwagę na sposób, w jaki powstają i zmieniają się ludzkie wzorce spostrzegania i myślenia, starając się za pomocą różnorodnych technik zmieniać te schematy, które prowadzą do powstawania problemów psychicznych. Zdaniem tych autorów, opracowany przez nich model może być wykorzystywany do poprawy komunikacji interpersonalnej, uruchamiania zmian w terapii, przyspieszenia uczenia się oraz zwiększenia ogólnej jakości życia. Efekty można uzyskać dzięki żmudnej obserwacji zewnętrznej oraz samoobserwacji swoich stanów wewnętrznych. Obserwacje zewnętrzne, dokonywane przez

terapeutę, jak różnorodne niuanse zachowania (ruch gałek ocznych, wyraz twarzy, ton i barwa głosu itd.) pozwalają lepiej zrozumieć innych.

Obserwacja wewnętrzna pozwala rozpoznać hierarchię odczuwanych bodźców wpływających na postępowanie w czasie np. stresu, podejmowania ważnych decyzji, przełamywania oporów itd. Umiejętność ta umożliwia lepsze poznanie siebie, określenie prowadzonego „wewnętrznego dialogu” i w sytuacjach szczególnych lepiej panować nad „rolą”, której wymagają od nas okoliczności. Zdolność doskonalenia swoich emocji w czasie przeżywanego stresu dzięki NLP jest bardzo duża.

Socjoterapeuta wykorzystujący niektóre z technik tego nurtu terapii będzie umiał w pracy z uczestnikami zajęć pokazać im właściwą proporcję między tym co mało realistyczne, a tym co możliwe do osiągnięcia („Zacznijmy od tego, że na początku uda ci się tylko...”), będzie zwolennikiem „małych kroków” i „zasiewania nadziei” czy formułowania problemów w kategoriach pozytywnych (zamiast: „Proszę nie rozmawiać” będzie zwracał się do grupy: „Pracujemy w ciszy”). Będzie również zalecał uczestnikom symboliczne „prace domowe” do samodzielnego wykonania bez tłumaczenia ich metaforycznego i pośredniego działania. Nie skupi się nadmiernie na przeszłości, ale na aktualnych pozytywnych doświadczeniach, jako zasobach i potencjale możliwym do wykorzystania. Rozpozna też „mapę” doświadczeń życiowych uczestników, którą będzie uwzględniał przy planowaniu zajęć. Niektóre z elementów podejścia neurolingwistycznego mogą znaleźć swoje zastosowanie w pracy ze starszymi dziećmi i młodzieżą.

Techniki analizy transakcyjnej

Analiza transakcyjna (TA – ang. *transactional analysis*) jest godnym wykorzystania w socjoterapii kierunkiem pomocy psychologicznej i teorią ludzkiego zachowania wykorzystującą badania neurofizjologiczne W. Penfielda⁶⁹ z Uniwersytetu McGilla w Montrealu. Została zapoczątkowana i rozwinięta w latach pięćdziesiątych XX wieku przez E. Berne'a oraz grono jego współpracowników z Kalifornii. Jedno z głównych założeń tej teorii zakłada, że wszystko, co przeżyliśmy świadomie w naszym doświadczeniu, zostaje dokładnie zapisane i zmagazynowane w naszym mózgu i może zostać w swoisty sposób „odegrane” w dowolnej chwili naszego aktualnego zachowania. Teoria analizy transakcyjnej – jak stwierdza sam E. Berne – jest „zawiłym labiryntem wzajemnie połączonych i spójnych pojęć, po którym można się poruszać w dowolnym kierunku, zawsze napotyając na coś interesującego i użytecznego”⁷⁰. Centralnym problemem zainteresowań analizy transakcyjnej jest badanie stanów ego (Ja–Rodzic, Ja–Dorośły, Ja–Dziecko), będących spójnym systemem myśli i uczuć, które manifestują się zespołami odpowiednich, bardzo konkretnych zachowań. Stany te stanowią podstawę aktów komunikacyjnych między ludźmi, nazywanych transakcjami. Transakcje, jako jednostki działań społecznych, składają się z pojedynczych bodźców i pojedynczych reakcji werbalnych lub niewerbalnych.

Ważne i osobne miejsce w analizie transakcyjnej zajmuje koncepcja skryptu (*script life*). Skrypt jest realnie ukształ-

⁶⁹ Za: T.A. Harris, *W zgodzie z sobą i z tobą. Praktyczny przewodnik po analizie transakcyjnej*, PAX, Warszawa 1987, s. 17-25.

⁷⁰ E. Berne, *„Dzień dobry”... i co dalej?*, REBIS, Poznań 1998, s. 489.

towanym, głównie przez programowanie rodzicielskie, planem życia jednostki uformowanym we wczesnym dzieciństwie. Nie podejmując się przedstawienia całej, bardzo złożonej teorii formowania się skryptu, powiedzmy tylko, że programowanie rodzicielskie w zasadniczy sposób decyduje o tym, czy w konsekwencji stajemy się osobami zwycięskimi, albo banalnie nie zwyciężającymi w swoim życiu, czy wręcz przegrywającymi swój los. I choć koncepcja skryptu może sprawiać wrażenie wysoko wyabstrahowanej konstrukcji teoretycznej, to godzi się zauważyć, że może ona znaleźć, podobnie jak i cała analiza transakcyjna, duże zastosowanie w socjoterapii. Próby zastosowania tego podejścia w pracy z dziećmi i młodzieżą napotkać można tylko w nielicznych pozycjach książkowych⁷¹.

Opowiadanie / metafory

Opowiadania, szczególnie w przypadku młodszych dzieci, służą dostarczeniu określonych treści. W jakimś sensie zastępują wykład czy prelekcje. Wykład wydaje się czymś wyjątkowo niestosownym w kontekście terapii, jednak w przypadku pracy socjoterapeutycznej może odegrać pewną, niezwykle ograniczoną, rolę, jako element psychoedukacji. Mamy tu na myśli coś, co ze względu na swoje rozmiary precyzyjnie należałoby nazwać miniwykładem, a może raczej mikrowykładem. Wartość jest wprowadzenia wtedy, gdy mamy do przekazania uczestnikom pewne informacje, które sensownie jest powiedzieć wprost, np. czym jest asertywność, jak radzić sobie ze

⁷¹ A. Freed, M. Freed, *Być przyjacielem i mieć przyjaciół. Skuteczne techniki wyrabiania własnej wartości*, WSiP, Warszawa 1993.

stresem, na czym polega błędne koło naszych zachowań, kontrola gniewu, przyjmowanie perspektywy innych, radzenie sobie z presją grupy itd. Mikrowykład należy stosować wyjątkowo, nie powinien trwać więcej niż zaledwie kilka minut, należy używać prostego, jasnego i zrozumiałego języka i warto uzupełniać przekazywaną wiedzę licznymi przykładami z życia. Opowiadanie spełnia jednak inne funkcje. Jest przekazem określonych zdarzeń, pewnej historii, konkretnej fabuły, która może być zmyślona lub wzięta z życia. Opowiadanie jest szczególnie użyteczne jako wprowadzenie do tematów trudnych lub wstydlivych. Otwartość terapeuty w mówieniu o tego rodzaju sprawach z reguły ośmiela i skłania do otwartości uczestników. Po zakończeniu opowiadania, które również nie powinno trwać zbyt długo, jednak dłużej niż w przypadku mikrowykładu, dzieci mogą komentować i oceniać całe zdarzenie, postawę bohaterów i dzielić się swoimi odczuciami.

Jeszcze inną odmianą tej samej metody są metafory. Ich rola w terapii jest nie do przecenienia, gdyż pozwalają na przekazanie pewnych kwestii niejako „nie wprost”, szczególnie wtedy, gdy terapeuta może się spodziewać, że spotkają się one z oporem percepcyjnym ze strony uczestników. Odgrywa tu szczególną rolę przeformułowanie jakiegoś doświadczenia, np. niewłaściwe zachowanie może być uznane za przejaw nieporadności lub dobrych chęci, spojrzenie na nie w perspektywie przyszłości, np. co się stało później, czy sięgnięcia do nieświadomych zasobów dziecka np. odwagi, wytrwałości, miłości do rodziców. Ważną rolę mogą odgrywać tu też tzw. presupozycje⁷². Niezrównanym mistrzem

⁷² Presupozycja to konstrukcja lingwistyczna, w której istnieje *temat* i *remat*. Remat jest poddawany dyskusji i kwestionowany, ale jednocześnie temat nie jest kwestionowany, przyjmuje się go jako oczywistość.

w stosowaniu metafor był M.H. Erickson. Uważał on, że każdy człowiek ma naturalną zdolność do rozwiązywania swoich problemów. Każdy też dokonuje najlepszych dla siebie wyborów. Nie należy skupiać się na deficytach pacjenta, ale na jego silnych stronach, i to on w ostatecznej instancji decyduje o tym czy, i na ile chce się zmienić. Terapeuta powinien tylko inicjować aktywność i „zasiewać nadzieję”, że zmiany są możliwe. To tylko niektóre z licznych składowych stylu ericksonowskiego⁷³. Jednak jednym z najbardziej charakterystycznych jego elementów było wykorzystywanie metafor. Oto niektóre z zaleceń sformułowanych w jednej z książek poświęconych metaforom w psychoterapii:

- Starannie przygotuj historię, którą chcesz opowiedzieć. Jak w wielu dziedzinach ludzkiej aktywności, tak i tu przygotowanie jest warunkiem sukcesu.
- Nie śpiesz się i urozmaicaj tempo oraz sposób przekazu.
- Zwracaj baczność uwagę na to, co powinno zostać podkreślone. Metaforyczne opowiadania będą zawierać pewne kluczowe zdania lub fragmenty, które należy wyróżnić wolniejszym tempem mówienia, zmienionym tonem czy tembrem głosu lub jakimś innym sposobem.
- Staraj się, by opowieść była interesująca. Najlepiej wybieraj historie, które sam uważasz za ciekawe. Unikaj tych, które cię nudzą.

⁷³ J. Haley, *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne M.H. Ericksona*. GWP, Gdańsk 1995; J.K. Zeig, *Spotkania z Ericksonem. Niezwykły człowiek, niezwykła terapia*. GWP, Gdańsk 1997.

- Zwracaj uwagę na reakcje, szczególnie niewerbalne i zgodnie z nimi modyfikuj swoją technikę⁷⁴.

Odpowiednie opowiadania, bajki, przypowieści, czy metafory można znaleźć w literaturze⁷⁵.

Paradoks

Jest to specyficzne działanie, w którym terapeuta wydaje się wzmacniać lub nawet wzmacniać istniejące problemy zamiast je usuwać. Początków stosowania paradoksu w psychoterapii można doszukiwać się w stosowaniu tzw. intencji paradoksalnej przez V. Frankla, twórcy logoterapii, gdzie pacjenci cierpiący na fobie lub obsesje są zachęceni do wywoływania objawów zamiast ich unikania, a przez to przejmują kontrolę nad nimi. W interwencji paradoksalnej zazwyczaj zaleca się wywołanie symptomu, tj. pacjentowi zaleca się utrzymanie lub zintensyfikowanie objawów wraz z wyjaśnieniem, że efektem będzie szybkie rozwiązanie problemu. Coś co wykonywał bez własnej woli, teraz będzie robił celowo, bo terapeuta mu kazał – ma to już zupełnie inne znaczenie i uruchamia zmianę. Stosuje się też ograniczenia. Odwodzenie pacjenta od zmiany lub zaprzeczanie możliwości pojawienia się zmiany (łac. *primum non mutare* – przede wszystkim nie zmieniać!), np. „Sytuacja jest jeszcze gorsza niż ci się wydaje”, „Niekorzystne jest zbyt szybko się zmieniać”. Istnieją jednak ważne przeciwwskazania do po-

⁷⁴ F. Berker, *Metafory w psychoterapii. Teoria i praktyka*, GWP, Gdańsk 2000, s. 162.

⁷⁵ S. Rosen, *Mój głos podąży za tobą. Terapeutyczne przypowieści Milтона H. Ericksona*, Zysk i S-ka, Poznań 2000; M. Molicka, *Bajki terapeutyczne*. Media Rodzina, Poznań 1999.

sługiwania się paradoksem, np. w przypadku terapii rodzin istniejąca silna wzajemna wrogość, niedojrzałość lub stosunkowo mały opór. W odniesieniu do pojedynczych osób np. całkowity brak zainteresowania zmianą, niedojrzałość, zaburzenia osobowości (socjopatia, paranoidalność), zagrożenie destrukcyjnymi czynami (samobójstwo, zabójstwo). Tak więc paradoksem należy posługiwać się oszczędnie, z dużą umiejętnością i po odbyciu specjalnego szkolenia. Nie bez znaczenia będą tu też pewne specyficzne cechy osobowości samego socjoterapeuty, które pozwolą mu na stosowanie tego rodzaju interwencji. Wątpliwości może budzić strona etyczna tego rodzaju interwencji, gdyż jest to manipulacja drugim człowiekiem. Twierdzi się, że nie są znane przypadki, aby paradoks zaszkodził, co najwyżej nie spowodował żadnych zmian.

W socjoterapii śmiało można pokusić się o zastosowanie jednej z technik, która nosi nazwę „Zakład”. Technika ta została zaproponowana jako służąca terapii zaburzeń zachowania⁷⁶. Terapeuta opisuje niewłaściwe zachowanie i proponuje zakład, że będzie ono nadal występowało, bo dziecko nie jest w stanie nad nim zapanować. Jeśli dziecko powstrzyma nieodpowiednie zachowanie, wygrywa zakład. Jeżeli jednak mu się to nie uda i przegra, to będzie musiało nauczyć terapeutę tego zachowania. A zatem, kiedy dziecko wygrywa, oznacza to, że zyskało kontrolę nad swoim (dotąd niekontrolowanym) zachowaniem. Kiedy przegrywa, musi przeanalizować swoje postępowanie, rozbić je na drobne składowe i świadomie odegrać, żeby nauczyć tej sztuki

⁷⁶ G.R. Weeks, L. L'Abate, *Paradoks w psychoterapii*, GWP, Gdańsk 2000, s. 154.

terapeutę. W sumie więc korzyści ujawniają się w jednym i drugim przypadku.

Techniki treningu interpersonalnego

Trening interpersonalny stanowi wyodrębnioną metodę pomocy psychologicznej adresowaną głównie do osób mieszczących się w normie psychicznej. Początki treningu interpersonalnego sięgają połowy lat czterdziestych XX wieku, kiedy to grupa współpracowników K. Lewina prowadząc warsztaty dla kadry kierowniczej odkryła użyteczność nieustrukturalizowanych zajęć z małą grupą uczestników. Zaobserwowano, że w wyniku zajęć wzrasta umiejętność rozumienia zachowań własnych i innych osób, zdolności do efektywnego komunikowania się, rozwiązywania konfliktów, czy wyrażania własnych myśli i uczuć. Szkolono w ten sposób profesjonalistów pracujących z ludźmi (psychologów, pedagogów, menadżerów) nazywając tego rodzaju grupy „Grupami T” (ang. *training group*). Później znaczenia nabrały stworzone przez C. Rogersa tzw. grupy spotkaniowe nastawione mniej na bezpośredni trening umiejętności psychologicznych, a bardziej na rozwojowy charakter tego rodzaju zajęć, gdzie atmosfera akceptacji i braku ocen stwarza szansę na autentyczność i ujawnienie swojego prawdziwego „Ja”. Podobne oblicze mają też maratonowe (trwające przez kilka dni bez przerwy) grupy gestaltowskie. Wyraźnie daje o sobie znać również bardzo praktycystyczny nurt warsztatów psychologicznych nastawionych na rozwijanie i uczenie konkretnych umiejętności, np. wychowawczych, sprzedaży,

interwencji kryzysowej, kierowania zespołami ludzkimi itd. Niektóre z technik treningowych, jak również rozumienie całej dynamiki grupowej, znajdują użyteczne zastosowanie w socjoterapii, szczególnie wtedy, gdy prowadzący zdecyduje się na przyjęcie mniej dyrektywnej roli. A więc będzie, jak to się często określa w stosunku do kompetencji trenera psychologicznego, bardziej neutralny, zaciekawiony, oddzielony i nastawiony analitycznie. Swoją aktywność będzie sprowadzał jedynie do tego, aby: odsłonić, wyrazić i uwolnić to, co jest potencjałem rozwojowym uczestników zajęć socjoterapeutycznych.

Technika burzy mózgów

Burza mózgów (ang. *Brainstorming*) jest jedną z najpopularniejszych technik stymulacji twórczego myślenia. Pozwala przełamywać sztywne wzorce myślenia i generować duże ilości różnorodnych pomysłów w krótkim stosunkowo czasie. Istota tej techniki polega na oddzieleniu fazy generowania pomysłów od etapu ich ewaluacji. Okazuje się bowiem, że trudności kreatywnego myślenia wynikają właśnie z faktu, że samo wymyślanie pomysłów jest niejako połączone z oceną. Wszystkie rozwiązania są więc zapisywane na tablicy. Pomysły każdego z uczestników liczą się w jednakowym stopniu, są ważne i przyczyniają się do ostatecznego efektu całego ćwiczenia. Później robi się przerwę, najlepiej poświęconą jakiemś innemu, silnie angażującemu emocjonalnie ćwiczeniu i przystępuje się do oceny pomysłów. Przyjmuje się te, któ-

re ze względu na jakieś kryteria (oryginalność, trafność, realizm, atrakcyjność itd.) nadają się najbardziej. Dzieci, których pomysły nie zostały wykorzystane, mogą odczuwać pewien dyskomfort, warto wówczas powiedzieć, że pozostałe wyniki znajdują być może zastosowanie później. Moje doświadczenia wskazują, że technika ta sprawdza się najbardziej, gdy poszukiwanie rozwiązania ma realistyczny charakter (np. grupa socjoterapeutyczna otrzymała niewielką dotację z urzędu miasta i należy zdecydować, na co przeznaczyć te pieniądze), niż wtedy, gdy problem jest całkowicie wymyślony przez terapeutę. Wówczas poziom motywacji i zaangażowanie w przebieg ćwiczenia jest największe.

Dyskusja / debata

Tematyka dyskusji powinna odnosić się bezpośrednio do doświadczeń uczestników, ale może być podana przez prowadzącego lub wynikać z toku zajęć. Socjoterapeuta powinien zadbać, aby wszyscy uczestnicy mogli zabrać głos, słuchali się nawzajem i szanowali odmienne od swoich poglądy. Należy zachęcać dzieci do utrzymania kontaktu wzrokowego, zwracania się do siebie bezpośrednio po imieniu oraz umiejętnego ustosunkowania do wypowiedzi innych. Mniej aktywni uczestnicy powinni być zachęceni do wyrażania swojego zdania. I rzecz najważniejsza – dyskusja powinna kończyć się zawsze podsumowaniem i wyciągnięciem choćby jednego najprostszego wniosku.

Najczęstsze błędy w prowadzeniu dyskusji:

- nie wszyscy uczestnicy są zaangażowani w dyskusję,

- nie pozostawia się wystarczającego czasu na pełną wypowiedź,
- uczestnicy przerywają sobie nawzajem,
- emocje biorą górę nad rzeczowością argumentów,
- dyskusja jest zdominowana przez najbardziej gadatliwych,
- prowadzący zbyt silnie ingeruje w przebieg dyskusji,
- dzieci mówią do prowadzącego, a nie zwracają się do siebie,
- uczestnicy czują się zagrożeni w wyrażaniu swoich opinii.

Debata ma za zadanie ujawnienie różnych stanowisk uczestników zajęć i opanowanie umiejętności prowadzenia sporów oraz negocjowania odmiennych interesów. Może odbywać się w formie panelu. Wówczas uczestnicy dzieleni są na dwie kilkunastoosobowe przeciwstawne wobec wybranego kontrowersyjnego stanowiska grupy. Dzieci mogą dobierać się do grup losowo albo kierując się swoimi przekonaniem. Każda z grup pracuje przez określony czas nad prezentacją swoich argumentów. Za stołem prezydialnym zasiada po dwóch reprezentantów, a prowadzący pełni rolę prowadzącego debatę. Reprezentanci kolejno przedstawiają swoje stanowiska, natomiast pozostali uczestnicy włączają się do dyskusji. Miarą udanej debaty jest sytuacja, gdy pod koniec panelu można powiedzieć, że wszyscy zabrali głos i byli zaangażowani w przebieg zajęć. Podsumowanie należy z reguły do prowadzącego.

Zarówno dyskusja, jak i debata, są technikami przydatnymi szczególnie w odniesieniu do starszych dzieci i młodzieży.

Nie wymieniono powyżej wszystkich możliwych metod i technik oraz kierunków, z jakich te sposoby prowadzenia zajęć mogą wynikać. Nie rozdrabniano się też nad poszczególnymi ćwiczeniami, gdyż inwencja oraz pomysłowość, jak również kreatywność prowadzącego odgrywa tu pierwszoplanową rolę. Powinien on jednak pamiętać o stałej sekwencji: najpierw świadomość celu, do jakiego ma prowadzić określone działanie, potem dobór odpowiednich środków: metod, technik i ćwiczeń z dziećmi czy młodzieżą. Nigdy na odwrót.

V

Rozdział V

Praca socjoterapeutyczna z grupą

Mądrzy pomagający są idealistami, ale nie są naiwni. Znając różnicę między realizmem a cynizmem, wybierają ten pierwszy. Dla nich droga od „sprytu” do „mądrości” nie ma końca.

Gerard Egan

W pracy socjoterapeutycznej centralnym przedmiotem, ale także podmiotem, zdarzeń jest grupa, tak jak w terapii indywidualnej pojedynczy pacjent, a w terapii rodzinnej – cały system rodziny. Krótko mówiąc: konflikty małżeńskie i rodzinne są najlepiej rozwiązywane w terapii małżeńskiej i rodzinnej, problemy intrapsychiczne w psychoterapii indywidualnej, a problemy interpersonalne w terapii grupowej. Istotą pracy grupowej jest to, że pomaga ona nie poprzez indywidualne interakcje między terapeutą a pacjentem, ale poprzez oddziaływania całej zbiorowości. Zmiana (która jest istotą każdej formy pomocy psychologicznej) dokonuje się

poprzez intensywną interakcję grupową. Każdy uczestnik zajęć służy pozostałym jako swoisty układ odniesienia mogący udzielać wsparcia i mogący pokazywać przydatność różnych sposobów zachowań interpersonalnych. Myślenie o roli pojedynczej osoby w grupie jest zupełnie czymś innym niż w przypadku indywidualnego kontaktu terapeutycznego, a spójność grupy jest tym samym w terapii grupowej, czym relacja terapeutyczna w terapii indywidualnej.

W psychologii społecznej dość zgodnie przyjmuje się następującą definicję samej grupy: „Grupa jest to zbiór trzech lub więcej osób, które spełniają następujące warunki:

1. pomiędzy tymi osobami zachodzi bezpośrednia interakcja,
2. mają one wspólny cel,
3. w zbiorze tym występują pewne normy zachowania,
4. w zbiorze tym istnieje pewna struktura ról,
5. członkowie tego zbioru mają świadomość faktu, że stanowią odrębną w stosunku do innych grupę”⁷⁷.

Znajomość powyższych kryteriów jest dla socjoterapeuty o tyle ważna, że stanowią one wskaźniki określające dojrzałość prowadzonej przez siebie grupy dzieci lub młodzieży.

Organizacja zajęć socjoterapeutycznych

W organizacji zajęć socjoterapeutycznych warto pamiętać o następujących praktycznych elementach:

⁷⁷ K. Jedliński i inni, *Trening interpersonalny*. WAB, Intra, Warszawa 1997, s. 11.

- *Odpowiedzialność socjoterapeuty.* Prowadzący powinien mieć decydujące zdanie zarówno co do doboru uczestników, wyboru formy zajęć, jak i ich przebiegu oraz stosowanych metod. Powinien kierować się zarówno swoimi indywidualnymi możliwościami, posiadanymi kwalifikacjami, jak i obiektywnymi warunkami swojej pracy. Jego program zajęć powinien być elastyczny, dostosowany do możliwości grupy, poziomu motywacji uczniów do uczestnictwa w zajęciach, liczby uczestników itp.
- *Odpowiednia liczebność grupy.* Powinna ona wahać się w granicach 8-15 uczestników. Stosowna liczba dzieci zapewnia płynny przebieg zajęć, możliwość zapewnienia odpowiedniej dyscypliny i przestrzegania norm, ale przede wszystkim daje szansę bliskiego i bezpośredniego kontaktu prowadzącego z każdym z dzieci.
- *Regularność spotkań.* Właściwa częstość zajęć i ich odpowiednia długość trwania umożliwia osiągnięcie celów socjoterapii i zapobiega pośpiechowi oraz powierzchowności relacji międzyosobowych. Najlepiej gdy jest to blok 1,5-2 godzinnych zajęć, odbywających się raz lub dwa w tygodniu np. przez okres jednego roku szkolnego.
- *Niezmiennność grupy.* Stałość grupy stwarza możliwość zaistnienia dostatecznie silnych interakcji przyjacielskich między uczestnikami, przyczynia się do zapewnienia bezpieczeństwa interpersonalnego oraz ułatwia prowadzącemu realizację celów zajęć. Należy jednak założyć, że mogą istnieć cał-

kowicie odosobnione przypadki, gdy z ważnych powodów któryś z uczestników zostanie wyłączony z pracy zespołu (np. zachowania, które całkowicie uniemożliwiają innym uczestnictwo, przemoc czy powtarzające się i trudne do opanowania akty auto-agresji itp.).

- *Odpowiedni dobór grupy.* Potencjalni uczestnicy zajęć socjoterapeutycznych powinni być wstępnie zdiagnozowani i poddani ocenie pod względem celowości ich udziału w tego rodzaju terapii. Może się okazać, że ze względu na intrapersonalny charakter problemu bardziej wskazana byłaby inna forma terapii, np. indywidualna w odpowiednio wyspecjalizowanej poradni. Socjoterapeuta nie powinien nigdy godzić się na jakieś formy nacisków i przypadkowość doboru uczestników do prowadzonej przez siebie grupy. Dobór dzieci do zajęć odgrywa ogromną rolę, gdyż w ostatecznym rachunku decyduje o efektach terapii.
- *Różnorodność zaburzeń zachowania.* Heterogeniczność poszczególnych formy zaburzeń zachowania, np. z jednej strony dzieci nadpobudliwe psychoruchowo, z drugiej – zahamowane, ułatwia i dynamizuje prowadzenie zajęć, daje okazję do lepszego wzajemnego zrozumienia; przeciwdziała także kumulacji pewnych negatywnych form zachowań np. agresji, wycofania itd.
- *Atrakcyjność zajęć.* Intrygujący charakter spotkań i dobrowolność udziału w nich jest czynnikiem motywującym do wysiłku. Podnosi efektywność

oddziaływań terapeutycznych i przyczynia się do powstania pozytywnych skojarzeń między tym co dzieje się w grupie, a zastosowaniem tego w życiu. Wywieranie jakiegokolwiek presji co do udziału w tego rodzaju zajęciach nie może mieć miejsca, gdyż kłóci się z celami każdej terapii.

- *Otwartość prowadzącego.* Elastyczność terapeuty i otwartość na propozycje uczestników rodzi poczucie sprawstwa, przyczynia się do podniesienia u dzieci poczucia ich wartości i znaczenia. Mając poczucie, że są współodpowiedzialni za przebieg tego, co dzieje się w grupie, mogą przenosić to na inne sytuacje codzienności. Dostrzegając, że ich pomysły liczą się na równi z propozycjami innych, są bardziej skłonni do przyjmowania bezkonfliktowego i negocjacyjnego stylu interakcji z otoczeniem.
- *Zachowanie dyskrecji.* Przestrzeganie przez prowadzącego i uczestników zajęć tajemnicy wobec wszystkiego tego, co dzieje się w grupie, jest wymogiem etycznym niewymagającym szerszych uzasadnień. Złamanie tej normy (która powinna być zawarta w kontrakcie rozpoczynającym zajęcia) może być czynnikiem niezwykle destrukcyjnym i niszczącym wiele wcześniejszych wysiłków.
- *Współpraca dwóch terapeutów.* Prowadzenie zajęć przez dwóch terapeutów stwarza lepsze możliwości efektywnej pracy. Nawet jeśli jeden z terapeutów jest chory, zajęcia zawsze mogą się odbyć. Para, w której jeden bardziej angażuje się w bezpośrednie interakcje z uczestnikami, drugi natomiast pełni rolę nie-

co bardziej zdystansowaną i obserwującą przebieg zdarzeń (tzw. koterapeuta) jest zespołem optymalnym. Stwarza to możliwość wymiany doświadczeń, przemyśleń, lepszego planowania działań i uniknięcia wielu niepotrzebnych błędów. Zalecenie to uzależnione jest jednak najczęściej od obiektywnych warunków i możliwości kadrowych danej placówki. W przypadkach, gdy grupa jest koedukacyjna, najlepiej, aby zajęcia prowadzili mężczyzna i kobieta.

- *Prowadzenie dokumentacji.* Prowadzenie użytecznych notatek, pozbawione jednak biurokratycznej gorliwości, dostarcza nieocenionego materiału diagnostycznego i dokumentuje również pewne zdarzenia, co może chronić prawnie terapeutę w nieprzewidzianych okolicznościach.

Proces grupowy

Jeden z autorów pisząc o procesie grupowym zauważa: „Istnienie każdej grupy przypomina kolejne etapy ludzkiego życia. Powstaje ona, rośnie, przechodzi przez różne fazy, czasem choruje i utyka, a kiedy przychodzi jej czas wreszcie dobiega końca”⁷⁸. Proces grupowy posiada dwie zależne od siebie płaszczyzny. Pierwsza z nich ma jawny i obserwowalny dla wszystkich charakter (widzimy, że po tym etapie zajęć następuje kolejny), ale równocześnie ma miejsce dynamikę i trudno dostrzegalnym charakterze (przebiegają zjawiska niejako „podskórne”). Można powie-

⁷⁸ M. Verfürth, *Prowadzenie grup dziecięcych i młodzieżowych*, JEDNOŚĆ, Kielce 2001, s. 45.

dzieć, że w pierwszej z płaszczyzn zajęcia socjoterapeutyczne mają postać ustrukturalizowanych spotkań grupowych, na które składają się odpowiednio dobrane gry, zabawy i ćwiczenia. Każde ze spotkań ma cel szczegółowy, który jest podporządkowany celowi głównemu oraz propozycje aktywności pozwalające osiągnąć założony cel. Cykl spotkań tworzy dynamiczną całość, na którą składają się określone etapy pracy z grupą. Spotkania grupowe przybiera najczęściej formę:

1. Rytualnego powitania będącego informacją o rozpoczęciu zajęć i podzielenie się informacjami na temat wydarzeń mających miejsce przed zajęciami, bądź na temat stanu emocjonalnego uczestników.

2. Gier, zabaw i ćwiczeń wyciszających lub pobudzających w zależności od stanu emocjonalnego grupy.

3. Zajęć psychokorekcyjnych, edukacyjnych lub rozwojowych – istotą tej części zajęć jest zdobywanie doświadczeń społecznych, emocjonalnych i poznawczych. Skłaniają one do nazwania i wyrażania własnych odczuć i spostrzeżeń, dostrzegania związków między wydarzeniami w grupie a życiem codziennym.

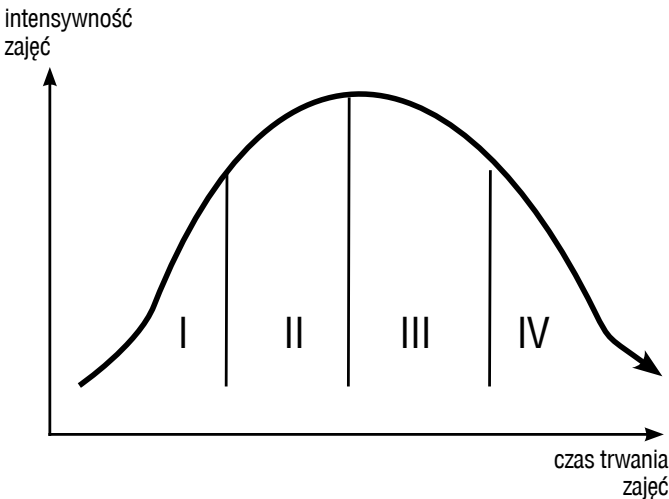
4. Zakończenia z rundką podsumowującą i rytualnymi pożegnaniami.

Tyle może dostrzec postronny obserwator tego typu zajęć (mówimy wówczas o istnieniu tzw. „widzialnej grupy”⁷⁹), ale jednocześnie toczy się poza świadomością uczestników zupełnie inny proces (nazywany „grupą niewidzialną”).

⁷⁹ Y. Agazarian, R. Peters, *The visible and invisible group*. Routledge and Kegan Paul, Londyn 1981.

Procesem tym – pod wieloma względami ważniejszym i ciekawszym – zajmiemy się teraz, zauważając, że jak każde podobne zjawisko ma on swoją fazę początkową (otwarcie), etap kulminacyjny (przesilenie i pełną mobilizację) oraz zakończenie (zamknięcie).

W literaturze można się spotkać z klasyfikacją różnych etapów rozwojowych grupy. Najbardziej pragmatyczny i najprostszy przedstawiony poniżej schemat zawiera cztery fazy rozwoju grupy, które można nanieść na tzw. krzywą dzwonową (Gausa). Odcinki czasowe zaprezentowano tu jako równe sobie. W rzeczywistości tak nie jest i prawdopodobnie faza II będzie najkrótsza ze wszystkich, natomiast faza III oby trwała jak najdłużej.



I. FAZA ORIENTACJI⁸⁰ (nawiązywania kontaktu, orientacji i zależności)

Faza ta bywa poprzedzona indywidualną rozmową z uczestnikiem zajęć po to, aby przekazać mu niezbędne informacje, dokonać wstępnej diagnozy, a czasem – w przypadku ujawniającego się oporu – zawrzeć z nim indywidualny kontrakt. W tej wstępnej fazie normy ustala terapeuta i wraz z grupą buduje wspólny kontrakt, który może wyglądać np. tak:

1. Mam prawo czuć, co czuję i myśleć, co myślę.
2. Staram się angażować we wszystko, co tutaj się dzieje.
3. Próbuję być szczerzy tak jak tylko potrafię i uważam za właściwe.
4. Staram się skoncentrować na tym, co dzieje się w grupie.
5. To, co tutaj słyszę i mówię jest tajemnicą.
6. Zawsze zwracam się bezpośrednio do osób w grupie.
7. Mówię JA, a nie MY lub SIĘ.
8. Rezygnuję z papierosów, alkoholu, narkotyków i przemocy fizycznej.
9. W każdym momencie mogę powiedzieć NIE.
10. Gdy postanowię zrezygnować z przychodzenia na zajęcia, powiem o tym wcześniej.

Najważniejszym zadaniem w kilku pierwszych sesjach jest wypracowanie spójności grupy, np. przez wypowiedzi terapeuty odnoszące się do większości grupy: „Wygląda na to, że problemy braku zrozumienia ze strony rodziców

⁸⁰ Nazywana też w literaturze przedmiotu fazą nawiązywania kontaktu lub orientacji i zależności.

dotyczą większości z was”, „Wydaje się, że wielu z was nie czuje się dobrze w swojej klasie” itp. Na tym etapie możemy mieć do czynienia z dwoma rodzajami trudnych pacjentów „Milczący” i „Ekshibicjonista”. Pierwszych należy zachęcać, drugich powstrzymać. Uczestnicy częściej zwracają się do prowadzącego niż do siebie nawzajem. Fazę tę charakteryzuje fasadowość zachowań (zakładanie różnych „masek”), formułowanie oczekiwań nie wprost wobec terapeuty, ale w zawołowanej formie, określanie swoich relacji wobec innych członków grupy itp. Grupa wyraźnie unika wzrostu napięcia i jako całość dąży do poszukiwania podobieństw między uczestnikami, a niwelowania pojawiających się różnic, odmienności, czy indywidualności. Niepokój, nawet jeśli się pojawi u poszczególnych osób, nie jest ujawniany. Niektórzy uczestnicy pragną przejąć kontrolę nad grupą, zachowanie takie pojawia się tym bardziej, im mniej ustrukturalizowane są zajęcia; niektórzy poszukują wsparcia, inni usilnie zabiegają o atrakcyjność i sympatię lub przeciwnie – podkreślają swoją odrębność np. przez demonstracyjne milczenie czy kwestionowanie wypowiedzi innych. Pojawiają się typowe dla tej fazy role, ale o tym powiemy później. W konsekwencji na tym etapie poszczególne osoby zdobywają wstępną identyfikację z grupą, konsolidują się wokół np. podobieństw, tych samych celów, czasem wspólnego wroga zewnętrznego (np. beznadziejności szkoły, nudy, braku zrozumienia przez dorosłych itp.) Faza ta służy zbudowaniu spójności grupy w stopniu umożliwiającym przejście do najbardziej burzliwej fazy następnej.

II. FAZA RÓŻNICOWANIA⁸¹

Na tym etapie ujawniają się niejednokrotnie różnice interpersonalne, silne impulsy agresji i antagonizmy grupowe oraz próby sprawdzania, na ile te impulsy można wyrażać, i z jaką spotyka się to reakcją. Niejednokrotnie pojawiają się też uczucia zawodu i złości skierowane do prowadzącego, który nie spełnia w rozumieniu uczestników pokładanych w nim oczekiwań. Bywa to trudny moment, szczególnie dla mniej wprawnego terapeuty, który musi umieć poradzić sobie z pojawiającymi się problemami i silnie wyrażanymi negatywnymi uczuciami.

Terapeuta rozpoczynający pracę często jest przekonany, że grupa kwestionuje jego kwalifikacje i umiejętności prowadzenia grupy. Nie powinien przyjmować ataków na siebie w sposób obronny, a wręcz przeciwnie, powinien zachęcać do konfrontacji ze sobą i pomagać uczestnikom w analizie tego, co się dzieje. Jego kwalifikacje powinny pozwolić na przewidzenie tego rodzaju sytuacji i uznanie ich za normalny element procesu grupowego. Faza ta pojawia się zwykle jako swoisty kryzys w pracy grupy, gdzieś między 4 a 6 spotkaniem, i jej zwiastunem bywa silnie wyrażona przez kogoś indywidualność, pogląd, opinia lub sprzeciw. W pracy w tej fazie należy skupiać się głównie na gestaltowskich interakcjach „tu i teraz” istniejących w grupie. Stadium to może zaistnieć tylko dlatego, że pojawił się konsolidujący etap wcześniejszy. W przeciwnym razie grupa może się rozpaść wskutek powstałych sprzeczności oraz negatywnych emocji. Obie te fazy stanowią niezbędną podstawę do dal-

⁸¹ Nazywana też fazą konfrontacji i eksploracji różnic lub fazą konfliktu i buntu.

szego efektywnego uczenia się umiejętności interpersonalnych np. pozbawionych agresji zdolności konfrontacyjnych. Role grupowe ulegają przeformułowaniu na bardziej konstruktywne, a pod koniec tego etapu zostaje ustalona pozycja terapeuty i poszczególnych uczestników, antagonizmy i konflikty wyciszają się, natomiast powstaje poczucie osobistego bezpieczeństwa i wzajemnego zaufania oraz bardzo znacząco wzrasta spójność grupy.

III. FAZA WSPÓŁPRACY⁸²

Jest to najbardziej zaawansowane stadium rozwoju grupy. Pojawia się otwarte mówienie o uczuciach, motywacjach i działaniach oraz intensywne uczenie się nowych zachowań np. aktywnego słuchania, asertywności, umiejętności zawierania koniecznego kompromisu czy wystawianie się na nieniszczącą nikogo konfrontację, podejmowania zobowiązań i brania za nie odpowiedzialności itd. Terapeuta może bardziej niż w fazach wcześniejszych koncentrować się na problemach poszczególnych uczestników, dopuszczać większą intymność wyznań poszczególnych osób, wzbogacać swoimi interwencjami wartość informacji zwrotnych i kształtować rodzaje interakcji, które umożliwiają ćwiczenie nowych zachowań, zmianę struktur poznawczych i odreagowanie emocjonalne. Najkorzystniejsze uczenie się następuje wówczas, gdy uczestnikom udaje się uogólniać doświadczenia korzystając z interakcji ujawniających się podczas sesji gru-

⁸² Albo: pogłębionej eksploracji problemów na poziomie indywidualnym i grupowym lub współdziałania i spójności, czy faza celowej i świadomej aktywności.

powych, np. „U Marcina denerwuje mnie to samo, co u mojego jednego kolegi z klasy – obaj występują z pozycji bycia mądrzejszymi, a ja wtedy czuję się gorszy i zaczynam się denerwować”. Terapeuta wypowiadając się powinien być konkretny i praktyczny, a nie teoretyczny i ogólnikowy. Może pozwolić sobie na pewne interpretacje, ale w sposób umiejętny i hipotetyczny. Jednak ta najbardziej owocna faza pracy kiedyś się kończy, gdyż daje o sobie znać moment finalizacji spotkań.

IV. FAZA KOŃCOWA⁸³

W zrozumiałym sposobie zakończenie spotkań dostarcza często uczestnikom powodów do odczuwania smutku, niepewności, niepokoju, a nawet rozczarowania efektami terapii – nie tak to sobie wyobrażali. Inni pragną niejako zatrzymać czas lub zaprzeczać rzeczywistości – „będziemy się nadal spotykać”. Terapeuta musi umieć rozpoznać i pomóc ujawnić uczucia związane z zakończeniem terapii. Niewłaściwe przepracowanie tej fazy może pozostawić niesmak i rozgoryczenie oraz poczucie opuszczenia. Dlatego konieczne jest podjęcie tematu straty, żalu, rozstania itp. W grupie socjoterapeutycznej można np. zaproponować dzielenie się swoimi doświadczeniami pod hasłem: „każdy opowie o swojej stracie w życiu”. Jest to tzw. model pracy nad żalem, uwzględniający złość z powodu nieuchronności straty, którą wszyscy przeżywamy. Wykorzystuje się czasem rytuał, w którym uczestnicy mogą wyrazić swoje uczucia, np. kłębek włóczki,

⁸³ Też: kończenie psychoterapii grupowej.

który przechodzi przez wszystkie ręce tworząc zawily wzór; w końcowym etapie wszyscy zrzucają z rąk przędzę symbolizując w ten sposób zerwane więzi; niektórzy zabierają kawałki wełny jako talizmany, które mają dowodzić, czego się nauczyli. Socjoterapeuta musi otoczyć szczególną uwagą i obserwować osoby, którym najbardziej doskwiera rozstanie z grupą. Czasem ten właśnie etap bywa dla niektórych ważnym głębokim doświadczeniem. Dopiero wiedza na temat procesu grupowego pozwala w pełni zrozumieć zmienność ról uczestników zajęć, normy funkcjonujące w grupie, ale przede wszystkim celowość i sensowność poszczególnych działań własnych.

O czym zatem socjoterapeuta powinien pamiętać w każdej z wyróżnionych faz?

W fazie orientacji:

- Zajęcia muszą być atrakcyjne – muszą sprawiać uczestnikom przyjemność i być interesujące. Dla dzieci młodszych atrakcyjna jest zabawa, dla młodzieży spotkania z rówieśnikami i rozmowa o swoich przeżyciach.
- Warto, aby kilka pierwszych spotkań było szczególnie atrakcyjnych, ale niech nie zabraknie pomysłów także na następne.
- Początek zajęć w fazie „rozgrzewki” powinien składać się z prostych ćwiczeń, które stopniowo angażują uczestników. Prowadzący powinien możliwie szybko poznać mocne i słabe strony uczestników, będzie wtedy wiedział, które zajęcia mogą nie być atrakcyjne dla poszczególnych grup.

- Każde zajęcia powinny zawierać stały element: rytuał lub krótką zabawę, czy piosenkę.
- Najlepiej jeśli kolejność ćwiczeń jest naprzemienna, np. spokojne – bardzo intensywne – spokojne.
- Warto stworzyć „awaryjną sieć powiadomień” w wyjątkowej sytuacji, gdy zajęcia nie mogą się odbyć i posiadać numery telefonów uczestników oraz ich rodziców.
- Należy pamiętać, że zajęcia mogą się nie odbyć tylko z bardzo wyjątkowego powodu.
- Uczestnik niemogący przyjść na kolejne zajęcia powiadamia wcześniej całą grupę i prowadzącego.

W fazie różnicowania:

- Warto pamiętać, że przyjdzie nieuchronny kryzys (np. walka o władzę w grupie, bojkot części uczestników, zwrócenie się przeciw prowadzącemu itp.).
- Nie należy unikać narastającego konfliktu i omówić to, co dzieje się w grupie.
- Planując zajęcia sensownie jest mieć jakieś rozwiązania alternatywne, gdy wypadnie coś niespodziewanego, nieprzewidzianego lub zaskakującego.
- Socjoterapeuta tylko wyjątkowo może spotykać się oddzielnie z którymś z uczestników.
- Socjoterapeuta powinien być blisko swoich podopiecznych, co oznacza, że powinien unikać belferskiego dystansu, z drugiej jednak strony nie może nadmiernie bratać się z uczestnikami, gdyż straci kontrolę nad grupą.

- Dobrze jest ograniczać tych uczestników, którzy będą chcieli wysunąć się na czoło grupy i przejmować nad nią kontrolę za pomocą agresji fizycznej (bójki) i werbalnej (przezwiśka, wyśmiewanie innych) lub w inny manipulacyjny sposób.
- Wiele konfliktów w grupie może zostać rozwiązanych przez samych uczestników bez udziału prowadzącego, który interweniuje tylko wtedy, gdy sytuacja tego wymaga.
- W tej fazie socjoterapeuta musi być szczególnie konkretny, stanowczy i jednoznaczny, wtedy trudniej go będzie sprowokować, a większość problemów musi starać się przeformułowywać w kategoriach interpersonalnych.

W fazie współpracy:

- Kary mogą pojawić się tylko wyjątkowo i zawsze powinny mieć związek z danym zawinieniem, np. ktoś rozlał wodę w łazience – ma to posprzątać po zajęciach, ktoś wyrządził specjalnie szkodę – ma ją naprawić, skłócone osoby – mają się pogodzić na środku grupy.
- Wykluczenie kogoś z zajęć ma mu dać szansę powrotu, pod warunkiem zmiany zachowania, naprawienia konkretnej szkody lub zadośćuczynienia.
- Współpraca z rodzicami, jeśli jest możliwa, stanowi ważny element terapii. Zawsze jednak rodzice muszą udzielić pisemnej zgody na uczestnictwo w zajęciach.

- Lenistwo uczestników może też być elementem twórczym, a nadmierna aktywność niejednokrotnie zabija kreatywność, dlatego wobec bierności warto mieć czasem duże zrozumienie i nie wymagać od innych zbyt wiele.

W fazie końcowej:

- Powinny być ustalone granice czasowe funkcjonowania grupy (np. rok szkolny, semestr, do świąt wielkanocnych); uczestnicy, którzy będą gotowi lub z wielu powodów powinni nadal pracować, można włączyć do nowej grupy.
- Koniec zajęć może być ustalony wspólnie.
- Warto podzielić się na koniec tym, co było najpiękniejszym i najmilszym wydarzeniem w grupie.
- Zakończenie może odbyć się uroczystie, np. w formie wycieczki, czy prezentacji prac.
- Dobrze jest pomyśleć o jakimś symbolicznym akcie zakończenia (np. zakopać butelkę z pamiątkowym listem, wsadzić drzewko wspomnień lub zrobić sobie zdjęcie całej grupy).
- Każdy z uczestników wychodzi z „przesłaniem nadziei” na przyszłość.

To tylko drobne wskazówki na każdą z faz rozwoju grupy. W rzeczywistości zaleceń takich mogłoby być znacznie więcej, powstają one jednak sukcesywnie wraz z gromadzeniem indywidualnych doświadczeń zawodowych każdego z socjoterapeutów.

Role grupowe

Jednym z podstawowych elementów strukturalizacji grupy jest przyjmowanie, nie do końca w sposób świadomy, określonych ról psychologicznych. Często są one bardziej widoczne dla innych uczestników zajęć niż dla niego samego. Stanowią wypadkową osobowości uczestnika i sytuacji grupy. Jest rzeczą charakterystyczną, że każdy członek grupy pełni jakąś rolę. Nie ma uczestników niejako „bez teki”, a każdy pełni z reguły po kolei kilka ról. Nikt też nie „wybiera” sobie żadnej z poniższych ról, ale zostaje w nich niejako „umieszczony”. Jest to swoista odpowiedź na swoje zapotrzebowanie grupy. Nazwy poszczególnych ról, jakie wymienimy poniżej, są czysto umowne, najczęściej spotykane⁸⁴ i wynikają z kilku wymiarów: przywództwa, prestiżu, sympatii lub odrzucenia przez innych.

Role we wstępnych fazach rozwoju grupy (bardziej destrukcyjne):

- **Lider dominacji.** Jest to uczestnik, który w mało ustrukturalizowanej sytuacji pragnie przejąć przywództwo grupy walcząc niejako z terapeutą. Stara się wyznaczać cele, normy i reguły. Są to osoby, które najczęściej źle funkcjonują w sytuacjach nie do końca jednoznacznych. Niektórzy uczestnicy mogą dyskretnie podtrzymywać takie osoby w ich roli, gdyż same czują się niepewnie.

⁸⁴ Przedstawioną tu typologię zaczerpnięto za: B. Tryjarska, *Psychoterapia grupowa*, [w:] *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki, specyficzne problemy*, (red.) L. Grzesiuk, PWN, Warszawa 1994, s. 211-241.

- **Lider sympatii.** Bywa to uczestnik inny od lidera dominacji. Jego rola polega na dostarczaniu innym wsparcia, zrozumienia, ciepła i ochrony. Często dobrze wyczuwa nastrój innych, chronią przed ujawnianiem się impulsów agresywnych, zaspokajają chętnie niejawne pragnienia opieki niepewnych uczestników. Stąd też są podtrzymywani przez grupę w swej roli.
- **Błazen.** Rozładowuje napięcia w grupie przez humor, dowcip, czy wygłupy. Sam źle znosi napięcia, zwłaszcza lękowe. W początkowych momentach jest podtrzymywany i zachęcany przez innych, później zwalczany i marginalizowany, gdyż taka rola jest destrukcyjna zarówno dla niego, jak i dla rozwoju całej grupy.
- **Kozioł ofiarny.** Kanalizuje agresję i lęk innych oraz negatywne emocje skierowane do terapeuty, ale z powodu obawy niewyrażane przez uczestników. Agresja w grupie wskutek tego może nie być analizowana. Charakteryzuje się brakiem wrażliwości na nastrój grupy. Źle odczytuje negatywne sygnały niewerbalnej komunikacji i sygnały zdystansowania się do niego. Czasem manifestuje bezradność i nieadekwatność. Jeśli pozostanie w tej roli do końca, znacznie obniży to jego samoocenę. Terapeuta musi więc umieć przyjąć odpowiednią postawę wobec niego. (Warto wiedzieć, że określenie „koziół ofiarny” ma długą tradycję, pochodzi z biblijnej opowieści dotyczącej Azazela. Azazel to hebrajskie imię symbolizujące złego ducha zamieszkującego

pustynię. W Dzień Pojednania (hebr. *Jom Kippur*) należało wylosować dwa kozły. Jeden zostawał zabity w ofierze Bogu, a drugi przeznaczony był dla Azazela. Na jego głowę kapłan składał wszystkie przewinienia, wypędzając go na pustynię – ten kozioł nazywany był ofiarnym.)

- **Pomocnik terapeuty.** Podporządkowuje się bez zastrzeżeń wszystkim zaleceniom i oczekiwaniom terapeuty. Jest uległy, aby zaskarbić sobie sympatię, gdyż boi się odrzucenia i odtrącenia przez autorytety. Gotów jest ryzykować odrzucenie ze strony grupy, na rzecz dobrych relacji z prowadzącym. Może sprawiać wrażenie osoby, która robi duże postępy, są one jednak bardzo często pozorne. Nie jest to rola konstruktywna, ponieważ uzależnia od terapeuty.
- **Kamikadze.** W sposób radykalny realizuje zasadę otwartości, gdy grupa nie jest do tego jeszcze przygotowana. Ujawnia informacje o sobie, które innych wprawiają w zakłopotanie, budzi zażenowanie, niepokój, wreszcie złości grupę. Bywa łatwo obsadzany później w roli kozła ofiarnego.
- **Outsider.** Budzi niepokój grupy swoją demonstrowaną innością. Pozostaje na uboczu i jest odrzucany, albo izolowany przez grupę. Uczestnicy początkowo pragną go włączyć do wspólnych działań (liczba komunikatów skierowanych do niego sukcesywnie rośnie), potem jednak rezygnują z tego i ograniczają z nim kontakt (liczba komunikatów gwałtownie maleje).

- **Buntownik.** Jego zadanie polega na częstym kwestionowaniu posunięć terapeuty (w terapii dyrektywnej), albo istotnych norm grupowych (w terapii niedyrektywnej). W przypadku tej ostatniej przez pewien czas staje się wyrazicielem nastrojów grupy i pełni rolę lidera, jednak gdy faza różnicowania się skończy, przestaje być potrzebny innym i przesuwają się na margines grupy. Jeżeli z uporem trwa w swym buncie, może łatwo stać się kozłem ofiarnym.

Pod koniec fazy różnicowania zanikają role destrukcyjne, a na ich miejsce pojawiają się nowe.

Role w zaawansowanych fazach rozwoju grupy (bardziej konstruktywne):

- **Wyraziciel nastrojów grupowych.** W sposób szczególnie wrażliwy odbiera emocje w grupie i potrafi je bardzo trafnie wyrazić słowami.
- **Stabilizator emocji grupowych.** Nie rozładowuje napięć lękowych w grupie, tak jak dzieje się to w przypadku błązna i nie kanalizuje na sobie agresji, tak jak czyni to kozioł ofiarny. Trafnie interpretuje znaczenie wydarzeń w grupie i ujmuje je na poziomie poznawczym, dystansując się od silnych negatywnych uczuć.
- **Sumienie grupowe.** Jest to uczestnik czuwający nad przestrzeganiem norm, szczególnie moralnych, w grupie. Dba o to, aby nikt nie został skrzywdzony. Wzbudza poczucie winy u innych, gdy naruszają oni obowiązujące reguły. Po pewnym czasie może

jednak zacząć irytować grupę i stać się kozłem ofiarnym.

- **Dziecko grupowe.** Występuje w dwóch postaciach. *Dziecko biedne* okazuje bezradność i niezdecydowanie. Demonstruje dolegliwości, trudności w kontaktach interpersonalnych, niemożność wykonania ćwiczeń czy zabaw. Przyjmuje chętnie ochronę przed agresją innych i oczekuje nieustannego wsparcia. *Dziecko szalone* wyraża z wdziękiem różne impulsy, również takie, które nie są powszechnie akceptowane. W sumie zyskuje akceptację, gdyż wyraża wyparte pragnienia innych.
- **Dobra mama (lub Kochany wujaszek).** Bardzo często bywa to najstarsza osoba w grupie. Jest opiekuńcza, ochraniająca i emanująca ciepłem. Inni oczekują od niej wsparcia i zrozumienia. Może mieć problemy z ustanawianiem granic swojego poświęcenia.
- **Bard grupowy.** Jest to uczestnik szczególnie wrażliwy na klimat i nastrój grupy. Wyraża w sposób metaforyczny (poezja, aforyzm, limeryk itd.) najważniejsze wydarzenia grupowe, ale też zdarzenia indywidualne poszczególnych osób. Pewną odmianę stanowi tu *Filozof grupowy*, który jednak ekspozuje to samo w sposób teoretyczny, naukowy, czy egzystencjalny.
- **Opozycjonista.** Kwestionuje posunięcia terapeuty, ale w sposób odmienny od wcześniejszej roli *Buntownika*. Może uruchamiać krytyczne myślenie na temat reguł i norm funkcjonujących w grupie, ale

zgodnie z demokratycznymi zasadami stara się je przestrzegać.

- **Szara eminencja.** Pragnie mieć wpływ na sytuację w grupie, ale próbuje ten wpływ ukryć. Chce kontrolować zdarzenia niejako z „drugiego siedzenia”. Zwykle pragnie wpływać na decyzję terapeuty lub któregoś z liderów grupy.
- **Osoba wspierająca trenera.** Wyraża wprost uczucia sympatii dla terapeuty, szczególnie wtedy, gdy jest atakowany przez grupę. Jego rola nie wyraża się jednak taką zależnością jak w przypadku *Pomocnika terapeuty*.

Lista ról grupowych jest umowna, otwarta i łatwo można uzupełnić ją jeszcze o inne charakterystyki przyjętych pozycji psychologicznych⁸⁵. Każda grupa terapeutyczna (np. ze względu na swój charakter: grupa wsparcia, treningu psychologicznego, terapii konkretnych zaburzeń psychicznych itd.) posiada swoją specyficzną konstelację takich ról.

Normy grupowe

Normy grupowe są to określone wzorce zachowań, do jakich stosują się uczestnicy danej grupy. W sposób tradycyjny można podzielić je na:

- Normy formalne. Zwykle pochodzenia zewnętrznego, które zostały ukształtowane przed istnieniem grupy np. ogólne reguły postępowania przekazywane na początku przez terapeutę, zasady komunikacji w grupie, elementy kontraktu terapeutycznego itd. Zawierają czasem sankcje o charakterze formalnym

⁸⁵ Z innym rodzajem ról, bardziej typowych dla samej socjoterapii, czytelnik może zapoznać się w jednym z ćwiczeń na końcu książki.

(np. przemoc lub stosowanie alkoholu, czy środków psychoaktywnych są równoznaczne z usunięciem z grupy). Są formułowane wprost (*explicite*) jako pewne reguły życia społecznego.

- Normy nieformalne. Są dziełem samej grupy i są wypracowane w toku jej rozwoju bez sugestii niejako z zewnątrz. Normy te są charakterystyczną cechą każdej grupy i stanowią swoistą jej „fotografię” oraz tworzą niepowtarzalność jej kultur. Normy nieformalne mają nieformalne i interakcyjne sankcje. Są formułowane nie wprost (*implicite*) i najczęściej funkcjonują jako pewne „oczywistości” grupowe, które dopiero uważny obserwator może odkryć i nazwać.

We wszystkich grupach ważne miejsce zajmuje norma otwartości. Sam jednak sposób przejawiania się tej otwartości może mieć różny charakter i intensywność, np. w jednej grupie można uczucia wyrażać otwarcie i bez skrępowania, aż do bólu, w innej, należy być powściągliwym; w kolejnej można kłąć i demonstrować swoją agresywność, w innej, wulgarność i gniew nie są akceptowane. W istnieniu norm przejawia się również sposób odnoszenia się do terapeuty, np. czy można go atakować, w jaki sposób można wyrażać wobec niego krytykę, czy można być wobec niego złośliwym lub ironicznym?

Czasem zdarza się, że jakieś normy pozostają ze sobą w sprzeczności i wtedy grupa przez pewien okres niejako „bada” każdą z nich, aby w pewnym momencie którąś przyjąć. Tak np. może być z normą „otwartość” lub „żeby na

zajęciach było miło”. Otwarte wyrażanie swoich myśli i uczuć często zagraża sympatycznej atmosferze na zajęciach. Przyjmowanie określonych ról grupowych zależy w dużym stopniu od norm, jakie funkcjonują w tej zbiorowości.

Socjoterapeuta, który jest spostrzegany przez uczestników jako ciepły, autentyczny, empatyczny i demonstrujący postawę pozytywnego zaangażowania w ich sprawy, zyskuje silny wpływ na tworzenie się nieformalnych norm grupowych. Tak więc cechy jego osobowości stają się ważnym narzędziem terapeutycznego oddziaływania.

Typowe zjawiska i trudności w pracy grupowej

Zaprezentujemy teraz niektóre z technik, charakterystycznych zjawisk i trudniejszych problemów związanych z prowadzeniem grupy:

Konfrontacja

Konfrontacja to jedna z technik psychoterapii. Polega na zestawieniu tego, co uczestnik sam czuje i doświadcza na swój temat, z tym jak odbierają i widzą go inni. Interwencja może okazać się niezwykle skutecznym sposobem oddziaływania terapeutycznego, ale tylko wtedy, gdy prowadzący czuje się pewny swojej roli i jego relacje z grupą są głębokie, a sama grupa charakteryzuje się dużą spójnością. Socjoterapeuta, pozostając neutralnym, powinien pozostać osobą opisującą a nie oceniającą czy krytykującą zaburzone zachowania, które naświetla bardzo delikatnie, subtelnie i obiektywnie. Może też pokusić się o opis uczuć, jakie mu

towarzyszą w czasie tej konfrontacji („Marcin, bardzo trudno mi to powiedzieć, ale zauważam, jak często mówisz, że to co się tu dzieje w grupie nic a nic cię nie obchodzi, a jednocześnie mówisz podniesionym głosem, wymachujesz rękami i mogę przypuszczać, że coś ważnego wtedy przeżywasz”).

Otwartość terapeuty

Nie wszyscy przedstawiciele poszczególnych kierunków terapeutycznych uważają, iż odkrywanie się terapeuty wobec grupy jest pożyteczne, inni wyrażają jednak przeciwne sądy podkreślając, że prowadzący modeluje w ten sposób otwartość uczestników. Socjoterapeuta nie powinien jednak ujawniać faktów intymnych ze swojego życia, ale np. sytuacje i zdarzenia, które go poruszyły (śmierć kogoś bliskiego, przeżywane frustracje lub niepokoje). Wyrażanie wprost uczuć może być bardzo cenne („Martwię się teraz o Monikę, gdyż od początku zajęć nie powiedziała ani słowa, Czuję się bezradny wobec takiego rozgardiaszu itp.”). Jest wtedy niejako jednym z uczestników i funkcjonuje na ich prawach. Korzystne może być werbalizowanie swoich dylematów („Czuję się pod presją grupy”, „Czuję, że Monika jest na mnie zła, chciałbym, żebyśmy nadal byli w dobrych stosunkach, ale nie wiem, jak to zrobić”). Pomocne może okazać się formułowanie terapeutycznych racjonalizacji („Myślę, że dla grupy niezbyt dobre byłoby teraz, aby...” lub „Monika, chcę Ci teraz przerwać, gdyż myślę, że dalsze ciągnięcie tego wątku nie byłoby dobre dla Ciebie i grupy”).

Interpretacje

Interpretacja ma na celu lepsze rozumienie przez uczestników siebie i innych osób, wskazując na przyczyny rozmaitych

stanów psychiki i zachowań. Są one tym skuteczniejsze, im dziecko ma większe poczucie bezpieczeństwa i jest zaangażowane w to, co dzieje się na zajęciach. Uczestnik nie może czuć się oceniany, pouczany i gorszy przez to tylko, że odważył się ujawnić siebie i swoje problemy. Najbardziej cenne są te wyjaśnienia, które wiążą doświadczenia aktualne z faktami spoza grupy. Najbardziej przydatne są praktyczne instrukcje, interpretacje, a nawet rady, niż teoretyzowanie psychologiczne („Paweł, myślę, że twoje nawyki nie znikną dotąd, dopóki nie odpowiesz sobie na pytanie, po co to robisz?”). Interpretacje powinny być podawane w tonie wspierającym, z pewnym dystansem, najlepiej w sposób hipotetyczny („Podałaś tu dwie wersje tej sprawy – która przyczyna jest prawdziwa? Ja nic z tego nie rozumiem, ale może to tylko mój problem”).

Opór grupowy

Opór jest najczęściej nieświadomym przeciwstawianiem się głębszej pracy przez grupę. Typowe przejawy oporu to: pasywność, ciągłe konflikty, uniformizacja zachowań, przeciągające się milczenie, spóźnianie się, opuszczanie spotkań i szereg innych. Warto podkreślić, że opór jest tak samo potrzebny w każdej terapii jak i otwartość. Chroni przed nadmierną ingerencją z zewnątrz, nadmiarem przeżyć, niekorzystnych zmian i pojawiającym się niepokojem. Jest to ucieczka przed urazem psychicznym, tak jak przed bólem fizycznym. Zdolność socjoterapeuty w radzeniu sobie z oporem decyduje o ostatecznym sukcesie i efektywności prowadzonych zajęć. Nie powinien on atakować oporu, ale razem z grupą spróbować go zrozumieć poprzez ujawnienie go, a następnie przeanalizowanie tego wszystkiego,

co blokuje uczestników. Odpowiednikiem oporu grupy jest przeciwopór samego terapeuty, który nie podejmuje ważnych spraw dziejących się na zajęciach.

Można przypuszczać, że opór poszczególnych uczestników zostanie przezwyciężony, jeśli zostaną spełnione poniższe zalecenia J. Enrighta⁸⁶, wyrażające się koniecznością odpowiedzi terapeuty na poniższe pytania:

1. Czy uczestnik z własnej woli uczestniczy w zajęciach?
2. W jaki sposób uświadamia sobie swój problem?
3. Czy uznaje, że jest to właściwy socjoterapeuta i grupa?
4. Czy uczestnicząc w zajęciach osiągnie swój cel?
5. Czy istnieją konkurencyjne motywy, które nie pozwalają mu uczestniczyć w zajęciach

Przeniesienie

Przeniesienie jest spostrzeganiem danej osoby w kontekście kogoś innego z naszej przeszłości. Być może, jako istoty ludzkie nie jesteśmy w stanie budować swojej relacji z innymi w pełnej terażniejszości? Uczestnik zajęć może doświadczać przeniesienia w relacji do socjoterapeuty (spozstrzega go podobnie jak matkę czy ojca) lub grupy jako całości (rodzina). Przeniesienie może mieć charakter pozytywny (grupa jest jak zgrana rodzina, której nie miałem) i negatywny (jesteście tak samo beznadziejni, jak moja cała rodzinka). Przeniesienie jest łatwiej dostrzegalne przez innych niż przez samą osobę, gdyż w dużym stopniu ma charakter nieświadomy. Terapeuta pracujący nad przeniesieniem

⁸⁶ J. Enright, *Terapia i poradnictwo bez oporów*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 3, 1987, s. 88-112.

powinien wziąć pod uwagę różne czynniki, np. to, czy terapia jest nastawiona na wzmacnianie ego (taką terapią jest socjoterapia – wspieranie, edukacja, redukcja poczucia winy czy wstydu, zastępowanie prymitywnych mechanizmów obronnych dojrzałszymi itd.), czy też na wgląd (uświadamianie sobie wewnętrznych konfliktów czy deficytów).

Praca nad przeniesieniem dotyczy głównie tych drugich. Odpowiednikiem przeniesienia u terapeuty jest przeciwprzeniesienie.

Regresja

Regresja jest cofaniem się w swoich reakcjach i zachowaniach do wcześniejszych etapów rozwojowych. Grupa (jako swoiście rozumiana pierwotna rodzina) stwarza możliwość przepracowania urazów z wczesnych etapów rozwojowych. Tak jak opór powinien być utrzymywany na optymalnym poziomie, tak i regresja powinna posiadać odpowiedni poziom na zajęciach. Zbyt płytka powoduje nikłe postępy w terapii i brak możliwości sięgnięcia do urazów. Zbyt głęboka powoduje silne wyładowania emocjonalne i zakłócenia przebiegu terapii. W pierwszym przypadku terapeuta może ją pogłębiać np. przez milczenie lub głębsze interpretacje. W drugim – przez werbalizację (wyjaśnianie, zaprzeczanie, wspieranie lub informowanie).

Identyfikacja projekcyjna

Identyfikacja projekcyjna ma miejsce wówczas, gdy dana osoba odcina się od jakiegoś uczucia i projektuje ją na inną osobę. Zachowuje w ten sposób pewną łączność z tym odseparowanym uczuciem, ale obsadza je na kimś innym. Adre-

sat identyfikacji projekcyjnej bardzo często nie ma jasności, czy są to jego własne uczucia, czy też osoby zaangażowanej w proces projekcji. W pracy socjoterapeutycznej może objawiać się to np. w szukaniu kozła ofiarnego (projektowanie na któregoś z członków grupy nieświadomych własnych negatywnych uczuć – zazwyczaj jest to taki uczestnik, który pasuje jakoś do projektowanego uczucia). Gdy proces ten nabiera szczególnie destrukcyjnego charakteru, należy go przerwać i poddać analizie. Bardzo często jednak w procesie szukania kozła ofiarnego członkowie grupy zaprzeczają istotnym aspektom dotyczącym ich samych. Poszukiwanie kozła ofiarnego może być też sposobem obrony przed projektowaną złością wobec terapeuty.

Obok typowych zjawisk ujawniających się w czasie każdej terapii wspomnijmy jeszcze o niektórych trudnych sytuacjach mogących stanowić istotną przeszkodę w realizacji celów zajęć socjoterapeutycznych.

Problemy z obecnością i punktualnością

Jeżeli dany uczestnik zaczyna opuszczać sesje, należy zachęcać innych do wyrażenia swoich emocji, jakie to w nich wywołuje. Podobnie, jeżeli kilka osób zaczyna się spóźniać – powinno to być omówione w grupie. Można przyjąć, że jeśli dane dziecko ma kłopoty z wypełnianiem zobowiązań w swoim codziennym życiu, w domu i w szkole, to można się spodziewać podobnych problemów na grupie. Terapeuta powinien zawsze punktualnie zaczynać zajęcia. W przeciwnym razie (czekając, aż większość uczestników przyjdzie) stwarzamy precedens podważający obowiązującą

normę grupową. Spóźniające się dzieci tak często dezorganizują pracę grupy, że aż się prosi, aby ich wyłączyć z pracy grupowej (grupa jest „rozgrzana”, oni nagle wchodzą i psują wszystko). W większości wypadków nie jest to najlepszy wybór, choć trudno wykluczyć, że w pewnej wyjątkowej sytuacji będzie to konieczne.

Przedwczesne otwieranie się któregoś z uczestników

Terapeuta ma obowiązek rozpoznać to zagrożenie i określić granice przed powiedzeniem zbyt dużo i zbyt wcześnie (możliwość urazu). Może wyrazić swoje oczekiwanie, aby wypowiedzi bardziej osobiste nastąpiły dopiero wtedy, gdy wszyscy będą najbardziej gotowi. Interwencje socjoterapeutyczne mogą być bezpośrednie (przerwanie i stwierdzenie, że powrót do tego wątku będzie możliwy, gdy grupa lepiej się pozna i mówienie o tym teraz nie byłoby dobre) lub pośrednie (zasugerowanie zmiany zainteresowań grupy). Terapeuta musi czuwać jednak nad tym, aby jego reakcje nie były w tej sytuacji skutkiem przeciwooporu.

Grupa utknęła w martwym punkcie

Objawia się najczęściej milczeniem przez dłuższy czas lub pojawianiem się powierzchownych rozmów. Socjoterapeuta można ujawnić, że grupa weszła w jakąś „ślepią uliczkę”, gdyż uczucia, które w niej narastają, nie zostają wyrażone. Gdy uczucia zostaną odkryte, możliwy będzie dalszy postęp. Dobra interwencja terapeuty zazwyczaj uruchamia dalszą dynamikę. Nie powinien on jednak czuć się nadmiernie odpowiedzialny całkowicie za impas, pasywność i opór grupy, która rozwija się zgodnie z własną logiką.

Pojawienie się kozła ofiarnego

Jest to jedno z najpowszechniejszych i najgroźniejszych zjawisk pojawiających się we wszystkich grupach terapeutycznych. Uczestnik uznany za kozła ofiarnego ponosi duże koszty osobiste. Złość skierowana do jakiegoś członka grupy często może być przeniesieniem uczuć do prowadzącego, które nie zostały wyrażone, a czasem rozpoznane przez samego socjoterapeutę. Na terapeutę spoczywa więc obowiązek pomocy grupie w rozpoznaniu wszystkiego tego, co się dzieje oraz zapewnienie pewnej formy ochrony wobec kozła ofiarnego.

Jawny konflikt między członkami grupy

Stwarza ogromną szansę w interpersonalnym uczeniu się (zarówno osób zaangażowanych bezpośrednio w konflikt, jak i pozostałych). Opanowaniu zdolności jasnego wyrażania swoich opinii, przyjmowania krytyki, negocjowania, zawierania kompromisu i szeregu jeszcze innych ważnych umiejętności. Jednak zagrożenie dla grupy pojawia się wówczas, gdy kłótnia jest tak gwałtowana, że pozostali tracą poczucie bezpieczeństwa, lub gdy kłótnia przeradza się w ciągnące się zbyt długo zmagania, co stwarza uczucie beznadziei i desperacji tych osób (mogą one być nieobce również samemu terapeutę). Obowiązkiem socjoterapeuty jest pomóc uczestnikom zanalizować naturę pojawiającego się konfliktu oraz wskazać, czego każda ze stron może nauczyć się w tej sytuacji. W przypadku, gdy grupa wydaje się niezdolna do znalezienia wyjścia z zaistniałej sytuacji, byłoby najlepiej, aby każdy przyjął, że tego nie da się rozwiązać i dalsza dyskusja nad tym nie jest dłużej możliwa.

Kontakty poza grupą

W warunkach socjoterapii nie da się tego całkowicie uniknąć. Należy jednak wprowadzić normę, w której nie mówi się poza grupą o niczym, co występowało jako ważne w grupie i że kontakty poza grupą jej członków powinny być ujawnione i omówione w czasie najbliższego spotkania (chodzi tu o niepojawianie się podgrup, co z kolei może rodzić uczucia rywalizacji a nawet wrogości; sytuacje takie mogą zniszczyć grupę jako pewną wspólnotę). Ujawnienie tego faktu z reguły rozwiązuje cały problem. W skrajnych wypadkach (np. ostrego bojkotu tej normy) należy te osoby wyłączyć z pracy grupy. Grupie należy zakomunikować, że nie chodzi o błahе fakty (np. „Rozmawiałem przez chwilę z Łukaszem na przerwie”).

Przedwczesne zakończenie terapii (ang. *drop out*)

W normalny sposób powinna istnieć faza zakończenia terapii, a nie gwałtowne jej zakończenie. Najlepszą zasadą jest tu konieczność ujawniania tego faktu na spotkaniu poprzedzającym chęć opuszczenia zajęć. Rozwiązuje ten problem zazwyczaj omówienie i ustalenie norm w tym zakresie z grupą na początku zajęć (zakończenie uczestnictwa powinno być przedyskutowane w grupie, choć jest to indywidualna decyzja dziecka). O fakcie rezygnacji dziecka należy powiadomić jego rodziców.

Zbyt mała liczba uczestników

Trudno ustalić bezwzględna normę, która określałaby, jaka najmniejsza liczba uczestników jest konieczna, aby zaistniały udane zajęcia. Jedni twierdzą, że wystarczy dwóch,

inni, że wystarczy pięciu. Jednak wyczekiwanie na odpowiednią liczbę uczestników zmniejsza energię pacjentów i działa destrukcyjnie. Grupa powinna kontynuować spotkania nawet wtedy, jeżeli liczba dzieci nie jest wystarczająca, gdyż ciągłość i regularność spotkań jest ważnym czynnikiem korekty zaburzonych zachowań w socjoterapii. „My terapeuci tu jesteśmy i czekamy na was, bez względu na wszystko” – mówi przestrzeganie tej normy.

Ujawnienie bulwersujących faktów

Może tak się zdarzyć, że na zajęciach zostaną ujawnione zaskakujące fakty, które zmuszają terapeutę do interwencji. Dla przykładu, nagle okazuje się, że jedno z dzieci jest sprawcą poważnego przestępstwa, prostytuuje się lub jest obiektem wykorzystania seksualnego. Socjoterapeuta nie może wówczas wpaść w panikę i robić z tego sensacji. Dobrze, jeżeli porozmawia w cztery oczy z danym uczestnikiem i ustali plan pomocy. Musi zadeklarować dyskrecję. Niejednokrotnie konieczną rzeczą jest zwrócenie się o pomoc do innego specjalisty lub odpowiednich instytucji (np. „Niebieska linia”, Komitet Obrony Praw Dziecka itp.).

Alkohol, papierosy i narkotyki

Uczestnicy muszą otrzymać jednoznaczną informację od prowadzącego, że alkohol, narkotyki czy papierosy są niedopuszczalne oraz wiedzieć o ewentualnych konsekwencjach w przypadku nieprzestrzegania tej normy (poinformowanie rodziców, wykluczenie z grupy). Wykluczenie z grupy, jako ostateczność, musi być opatrzone zapewnieniem, że następuje ono tylko na skutek tego przewinienia; jeśli ktoś zmieni

swoje postępowanie, może powrócić. Socjoterapeuta ustalając granice swojego rygoryzmu musi jednak pamiętać, że każdy zasługuje na jedną szansę, ale też nadmierna ustępliwość spowoduje, że sam prowadzący utraci autorytet. Powinien mieć jasną świadomość tego, jakie są jego osobiste doświadczenia w używaniu narkotyków, papierosów, czy konsumpcji alkoholu oraz jak wyglądała jego inicjacja w tej dziedzinie, i czy potrafi być konsekwentny oraz wytrwały. Z prawnego punktu widzenia jest zobowiązany do interwencji wobec uczestników, ale warto, aby miał świadomość, że jego wpływ może mieć tylko ograniczone znaczenie. Tu również warto czasem szukać pomocy specjalistycznej (poradnie odwykowe, terapeuci uzależnień).

W grupie socjoterapeutycznej nieuchronnie będą pojawiać się różnorodne problemy, trudności i nieprzewidziane zdarzenia. W wielu sytuacjach trudno znaleźć jednoznaczne rozwiązanie czy niezawodną receptę. Dobrą okazję stwarza tu wymiana doświadczeń z innym terapeutą, ale najlepszym i podstawowym warunkiem stwarzają dopiero odpowiednie kwalifikacje samego socjoterapeuty.

Rozdział VI

Kwalifikacje socjoterapeutyczne

Jest to złota zasada w życiu: wymagać mało od świata, a dużo od siebie.

Władysław Biegański, lekarz i filozof

Przyjmuje się, że o kompetencjach socjoterapeuty świadczą następujące elementy:

- Wykształcenie i kwalifikacje.
- Cechy osobiste i umiejętności.
- Paradygmat pracy i stosowane metody.
- Superwizja.
- Terapia własna.
- Postawa etyczna.

W takiej też kolejności zostaną one pokrótce omówione.

Wykształcenie i kwalifikacje. Wyznacznikiem właściwego wykształcenia akademickiego socjoterapeuty będzie dyplom wyższej uczelni w zakresie psychologii, pedagogiki,

socjologii lub innej bardzo zbliżonej do tych dziedzin dyscypliny. Wykształcenie to musi jednak być uzupełnione kilkuletnim szkoleniem w zakresie terapii. Pojawiają się coraz liczniej podyplomowe studia socjoterapeutyczne w różnych ośrodkach akademickich. Czasem przyjmuje się termin, że „terapeuta jest w trakcie szkolenia”, co oznacza, iż realizuje w jakimś zakresie terapię, ale nie posiada jeszcze formalnego certyfikatu jego ukończenia. Pomocną w wyborze odpowiedniej instytucji szkolącej może być Sekcja Socjoterapii przy Polskim Towarzystwie Psychologicznym. Czasem pojawia się pytanie: czy lepiej, aby socjoterapeuta miał bazowe wykształcenie psychologiczne, czy np. pedagogiczne? Wyrażę tu swój własny pogląd, który może cechować się nadmiernym uogólnieniem, gdyż w poszczególnych przypadkach rzecz jasna bywa różnie. Otóż psychologowie po ukończeniu studiów mają z reguły dość dobre przygotowanie kliniczne i diagnostyczne. Podobnie jest z lekarzami specjalizującymi się w psychiatrii. W sposób naturalny predestynuje ich to do podejmowania psychoterapii licznych i często bardzo złożonych zaburzeń psychicznych. Psychologia kliniczna pojawia się wprawdzie w czasie studiów pedagogicznych, ale nie obejmuje ona tak szerokiego zakresu problematyki i nie uprawnia do diagnostyki psychologicznej. Jednak pedagodzy zdobywają znacznie rozleglejsze przygotowanie, które określiłbym tu jako „sprawcze” (w przeciwieństwie do psychologicznego, które jest w większym stopniu „sprawozdawczym”). Więcej przedmiotów na studiach dotyczy metodycznych oddziaływań na dzieci i młodzież. Może się więc okazać, że w dziedzinie socjoterapii kompetencje pedagogiczne połączone z formalnym potwierdzeniem wiedzy

z zakresu psychologii klinicznej są kwalifikacjami, o które chodzi w przypadku tego rodzaju terapii.

Między praktyką socjoterapeutyczną, nagromadzeniem doświadczeń zawodowych, a teoretycznym ujmowaniem zjawisk związanych z prowadzeniem grup dzieci i młodzieży wykazujących zaburzenia zachowania występuje ścisła łączność. Socjoterapeuta skoncentrowany nadmiernie na wiedzy teoretycznej będzie prawdopodobnie bardziej wsłuchany w swoje teorie niż w uczestników samych zajęć. „Ilekoć terapia zaczyna opierać się na diagnostycznej, terapeutycznej ortodoksji – pisze B. Cade⁸⁷ – na osobistych mocnych/trwałych przekonaniach, wówczas narzucamy i ograniczamy, propagujemy, a w niektórych wypadkach wymuszamy ortodoksyjne myślenie i działania (czasem w imię wręcz przeciwnych wartości)”. Tak więc: „Kiedy ustalamy pogląd na jakiś temat zaczynamy zamykać się na inne możliwości, a następnie dobieramy i interpretujemy fakty w taki sposób, by potwierdzały one nasze poglądy, natomiast nie dostrzegamy, ignorujemy lub odrzucamy to, co im przeczy”⁸⁸. Jest rzeczą oczywistą, że takie stanowisko, nie pozbawione pewnej słuszności, musi budzić również zastrzeżenia. Bo przecież działając musimy korzystać z jakichś schematów myślowych. Rzecz w tym, aby nie nadawać im zbytniego znaczenia i nie zapominać, że są to tylko modele rzeczywistości, a nie sama rzeczywistość. Teorie są tylko tłem, a nie widoczną figurą zdarzenia. W przeciwnym razie popełniamy tzw. błąd reifikacji, kiedy to mylimy

⁸⁷ B. Cade, W.H. O'Hanlon, *Stopem po terapii krótkoterminowej*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1996, s. 50.

⁸⁸ Tamże.

abstrakcyjne konstrukty rzeczywistości z samą rzeczywistością. „Używając terminologii zapożyczonyj z psychologii Gestalt – pisze Gerard Egan⁸⁹ – upewnij się, że twój klient nadal jest „figurą” (na pierwszym planie twojej uwagi) i że modele i teorie dotyczące klientów są tłem (nauka, która jest stosowana wyłącznie w interesie zrozumienia tego, wyjątkowego klienta i pomocy mu)”. Ale również socjoterapeuta nastawiony na samo działanie pozbawia się głębszego rozumienia tego, co tak naprawdę zdarza się w procesie terapii. Nie potrafi nadawać znaczenia otaczającej go rzeczywistości. Działa niejako na oślep i w sposób pozbawiony istotnego sensu. Często staje się w ten sposób ignorantem w procesie terapeutycznym. Pojawia się więc oczywisty postulat łączności obu tych sfer działalności terapeutycznej możliwy przykładowo do uzyskania poprzez większe niż dotąd zaangażowanie przedstawicieli nauki w wypracowywane już w konkretnym działaniu modele pracy socjoterapeutycznej – z jednej strony. Z drugiej natomiast, w artykułowanie przez praktyków socjoterapii swoich własnych doświadczeń i przemyśleń. Nagromadzone doświadczenia i poczynione obserwacje skłaniają do budowania sądów uogólniających. Jak dotąd w niewielkim tylko stopniu wykorzystuje się zgromadzoną w ten sposób wiedzę samych socjoterapeutów. Nie pozwala to na satysfakcjonujące budowanie modeli teoretycznych i wyznaczanie strategii postępowania terapeutycznego w interesującym nas obszarze zainteresowań. A jest to wiedza niebagatelna, wyrastająca z rzeczywistych potrzeb i realnej praktyki zawodowej.

⁸⁹ G. Egan, *Kompetentne pomaganie*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2002, s. 127.

Cechy osobiste i umiejętności są fundamentem, na którym terapeuta, obok posiadanych kwalifikacji formalnych (odpowiedniego wykształcenia akademickiego, przejścia szkoleń specjalistycznych, ukończenie studiów podyplomowych itp.), buduje swoje oddziaływania. Wymieńmy tu najpierw niektóre z niezbędnych cech osobowości.

- **Umiejętność nawiązywania kontaktu** (okazywanie zainteresowania drugą osobą i jej problemami, empatyczne współbrzmienie z innymi, budzenie zaufania i okazywanie zaufania innym itd.).
- **Zdolność do efektywnego komunikowania się** (wyrażanie jasnych i konkretnych, otwartych i bezpośrednich komunikatów, dostosowywanie własnego przekazu do możliwości innej osoby, zgodność komunikacji werbalnej i niewerbalnej itd.).
- **Posiadanie dobrej woli i troski** (szczerze zainteresowanie dobrem dzieci, uczciwe traktowanie siebie i innych, szacunek, zaufanie i docenianie dzieci i ich wysiłków itd.).
- **Gotowość ujawniania własnych emocji** (rozpoznawanie w związku z tym własnych uczuć, umiejętność okazywanie pozytywnych i negatywnych nastrojów w sposób możliwy do przyjęcia przez drugą osobę itd.).
- **Dawanie dobrego przykładu innym** (gotowość do modelowania sobą zachowań uczestników, szczerść i otwartość w prezentowaniu siebie, nieprzyjmowanie „masek obronnych” itd.).
- **Otwartość** (otwartość na odmienny od własnego styl życia, wartości i zachowania uczestników, otwarcie

- się na problemy innych i świadomość, że cecha ta powoduje podobne reakcje u pozostałych itd.).
- **Tolerancyjność** (okazywanie zrozumienia wobec poglądów odmiennym od własnych, brak chęci narzucania własnego zdania innym osobom itd.).
 - **Nieprzyjmowanie postawy obronnej wobec ataków** (umiejętność przyjmowania krytyki wyrażanej przez dzieci i nie stosowanie obron poprzez atak).
 - **Samoświadomość** (świadomość swoich możliwości i ograniczeń, zalet i wad oraz jasna tożsamość siebie).
 - **Gotowość do udzielania pomocy** (posługiwania się własną wiedzą i doświadczeniem w udzielaniu pomocy oraz zrozumienie dla cierpienia i problemów innych osób).
 - **Poczucie humoru** (zdolność posługiwania się śmiechem i żartem jako techniką uwalniania napięć w grupie, dystansu wobec własnych problemów i umiejętność śmiania się z samego siebie).
 - **Dobra kondycja fizyczna i wewnętrzna siła** (odporność psychiczna i fizyczna służąca wytrzymaniu napięcia pojawiającego się w grupie).

Obok bardzo ogólnych cech osoby prowadzącej grupę, konieczne jest opanowanie przez socjoterapeutę szeregu bardzo konkretnych umiejętności profesjonalnych. Łatwo zauważyć, że zdecydowana większość z nich zmierza do wytworzenia swoistego sprzężenia zwrotnego (ang. *feedback*) w relacji terapeutycznej między prowadzącym a dzieckiem. Wymieńmy tu tylko kilka z niezbędnych umiejętności w tego rodzaju pracy.

- **Umiejętność aktywnego słuchania** – jest nie tylko dokładnym słuchaniem wypowiedzianych słów, ale dostrzeganiem całego złożonego kontekstu wypowiedzi. Obejmuje m.in. koncentrowanie uwagi na przekazie drugiej osoby, zdolność do uchwycenia istotnych treści wypowiedzi, dostrzeganie komunikatów niewerbalnych (istotnych gestów, subtelnych zmian głosu czy artykulacji, wyczuwanie podtekstów itp.), wyczuwanie spójności między przekazem werbalnym i niewerbalnym itd.
Istota komunikatu: „**Słucham Cię bardzo uważnie i chcę Cię zrozumieć**”.
- **Empatia** – to intuicyjne wyczuwanie subiektywnego świata innej osoby, jej systemu wartości, uczuć, sposobu myślenia i postawy wobec rzeczywistości, a także zdolnością wychwytywanie ulotnych komunikatów wyrażanych nie wprost. Jej celem jest zbliżenie się, na ile to możliwe, do świata przeżyć dzieci.
Istota przekazu: „**Jest mi bliskie to, co przeżywasz**”
- **Powtarzanie** – polega na przekazaniu rozmówcy dokładnie jego przekazu w taki sposób, aby usłyszał niejako swoje słowa, które przed chwilą wypowiedział. Usłyszenie przez kogoś własnej wypowiedzi w ustach innej osoby nabiera zupełnie innego sensu.
Istota komunikatu: „**Mówisz mi, że...**”
- **Parafrazowanie** – jest przereformulowaniem wypowiedzi w taki sposób, aby rozmówca usłyszał swoją wypowiedź wypowiedzianą niejako innymi słowami niż je wypowiedział. Ma służyć bardziej dogłęb-

nemu rozumieniu własnych słów i sprawdzeniu jak mogą być rozumiane przez innych.

Istota komunikatu: „*Jeżeli dobrze Cię rozumiem, to mówisz, że...*”

- **Klaryfikacja** – to koncentrowanie się przez terapeutę i wydobywanie kluczowych problemów z wypowiedzi uczestnika, wyodrębnianie istotnych emocji i konfliktów. Służy pomocą dziecku w uporządkowaniu swoich myśli, uczuć i przekonań.

Istota komunikatu: „*Czy najważniejsze dla Ciebie jest...?*”

- **Podsumowywanie** – jest to pewna umiejętność zestawienia wydarzeń i przeżyć, tworząc ich ogólny obraz. Podsumowywania można stosować zarówno w czasie trwania zajęć, gdy ich przebieg jest np. jałowy. Można wówczas poprosić każdego z uczestników, by krótko opowiedział o uczuciach związanych z ostatnią sytuacją lub na końcu zajęć w celu swoistej rekapitulacji, np.: „chciałabym, aby na końcu każdy z nas powiedział o swoich przeżyciach i nazwał to, z czym wychodzi z zajęć”. W przypadku młodszych dzieci zachowanie modelujące prowadzącego dokonującego podsumowania ma tu podstawowe znaczenie.

Istota przekazu: „*A więc w sumie ...*”

- **Dostarczanie własnych ocen** – to przekazywanie grupie jako całości, jak i poszczególnym uczestnikom własnej oceny zdarzeń lub przebiegu zajęć. Pomoc uczestnikom w przeanalizowaniu swoje-

go zachowania i ocenie stopnia własnej odpowiedzialności.

Istota komunikatu: „*Według mojej oceny...*”

- **Interpretowanie** – to w psychoterapii umiejętność wyjaśniania zachowań i przyczyn objawów. Celem interpretacji jest pomoc dziecku w zrozumieniu swojego problemu i dostarczyć nowego i innego rozumienia swojej sytuacji. Interpretacja powinna zawsze mieć status hipotezy.

W przypadku zajęć socjoterapeutycznych interpretacjami należy posługiwać się bardzo umiejętnie i rzadko lub w ogóle ich nie stosować; zalecany jest tu wyjątkowy umiar. Należy pamiętać, że zła interpretacja (nietrafna, podana w złym czasie czy momencie, w którym uczestnik nie jest gotowy jej przyjąć) może ranić, intensyfikować opór psychologiczny i odnosić odwrotne skutki od zamierzonych.

Istota komunikatu: „*Przypuszczam, że może to wynikać z ...*”

- **Konfrontowanie** – to wskazywanie na rozbieżności sądów, uczuć i ocen między terapeutą a uczestnikiem zajęć. Konfrontacji należy dokonywać zawsze w sposób rzeczowy, konkretny, hipotetyczny i życzliwy. Celem konfrontacji nie jest „przyłapanie” czy „demaskowanie” dziecka na niekonsekwencji, ale ukazanie mu pewnych niespójności w jego zachowaniu, co jak zakładamy powinno przyczynić się krytycznej analiz jego postępowania; z tego też powodu nie oceniamy dziecka, ale wyrażamy co

najwyżej jedynie swoje zdziwienia i ukazujemy rozbieżności.

Istota komunikatu: „*Te dwa fakty trudno ze sobą pogodzić*”.

- **Akcentuacja** – to wyrażanie dostrzeganych przez terapeutę częstych powtórzeń przez dziecko pewnych tematów, wariantów danej sytuacji, osób, wątków itp. Akcentuacja służy przyspieszeniu zrozumienia przez danego uczestnika istotnych dla nich problemów. Dokonując akcentuacji prowadzący powinien mówić zawsze w pierwszej osobie, ograniczyć się tylko do tego, co powiedziało dziecko i selektywnie przedstawić jeden lub kilka charakterystycznych elementów w wypowiedzi uczestnika, np. „Gdy opowiadasz o awanturach, które robi ojciec zawsze pojawia się wtedy młodsza siostra, która ciągle płacze”. Wskazywanie częstych powtórzeń przez prowadzącego może mieć silne działanie stymulujące i sugestywne, dlatego warto to wykorzystać nie czyniąc zbyt szybko następnego kroku, lecz dać dziecku okazję do własnego zareagowania.

Akcentuacja nie jest stawianiem diagnozy czy interpretacją, prowadzący powinien unikać stwarzania takiego wrażenia; nie powinien więc mówić np. „Gdy opowiadasz o awanturach, jakie robi ojciec i ciągle pojawia się tam twoja zapłakana młodsza siostra, to odnoszę wrażenie, że czujesz się przerażony tak jak ona, i w tym tkwi twój problem”.

Istotny komunikat: „*Słyszałem, że trzykrotnie powiedziałaś..., czy to ma jakieś znaczenie?*”

- **Blokowanie niewłaściwych zachowań** – jest to niedopuszczanie takich form aktywności, które ze względu na cele socjoterapii powinny być eliminowane, np. agresji, przemocy, ale też plotkowania, gadulstwa, niedyskrecji, wtrącania się nachalnie w czyjąś prywatność itp. Podstawowa umiejętność polega tu powstrzymaniu określonych zachowań bez atakowania osoby, która je prezentuje.
Istotny komunikat: „**Takie zachowanie mi trudno mi zaakceptować**”.
- **Udzielanie wsparcia** – to bezinteresowne okazanie komuś życzliwości i wyrażenie chęci pomocy. Umiejętności terapeutyczne wyrażają się tu w zdolności rozróżniania sytuacji, w której wsparcie jest pomocą, a sytuacji odwrotnej, gdy hamuje dalszy postęp terapii. Wsparcie należy stosować w rzeczywistych sytuacjach kryzysów emocjonalnych i życiowych poszczególnych uczestników. Często błędem jest narzucanie się z pomocą terapeutę, jeszcze zanim uczestnik w pełni doświadczy przykrych uczuć związanych z określonym konfliktem, wspieranie gier transakcyjnych (np. w tzw. „drewnianą nogę” czy „bidulę”).
Istota komunikatu: „**Ty i twoje kłopoty nie są mi obojętne**”.
- **Zadawanie pytań** – bywa uważane za niezwykle łatwą umiejętność, a w rzeczywistości tak nie jest (może rozpraszać, odciągać od aktualnie przeżywanych doświadczeń itp.). Unika się pytań o przyczyny zachowania czy bardzo konkretne informacje.

Mało przydatne są pytania tzw. „zamykające”, rozpoczynające się od: „czemu...?”, „dlaczego...?”, „ile razy...?”, „po co...?”, na rzecz pytań „otwartych” prowadzących się do formuły: „co?” oraz „jak?”.
Istota komunikatu: „**Co...? i Jak...?**”

- **Znajdowanie wspólnych mianowników** – umiejętność ta polega na zdolności łączenia tego, co mówi lub robi jedna osoba ze sprawami kogoś innego. W innej wersji jest to zdolność do odnajdowania wspólnych elementów w wypowiedzi danej osoby. Dzięki swoistej czujności oraz wrażliwości prowadzącego na sygnały świadczące o tym, że uczestnicy mają podobne kłopoty można kreować odpowiednie interakcje między poszczególnymi dziećmi i zwiększać tym samym spójność grupy.
Istota komunikatu: „**To, co łączy...**”
- **Bycie konkretnym** – to skupianie się na konkretach i unikanie nieuzasadnionych uogólnień lub nieuzasadnionego teoretyzowania. Wystrzeganie się wypowiedzi, które w sposób nieuzasadniony podsumowują wypowiedzi uczestników, np. dziecko opowiada o swoich trudnościach w porozumieniu się z rodzicami: „To rzeczywiście kłopot!” (jaki konkretnie kłopot?, kogo ma ten kłopot dotyczyć?, czym się wyraża? itp.) lub „Wszystkie dzieci nie umieją porozumieć się z rodzicami” (czy wszystkie?, dlaczego to powiedział terapeuta?).
Istota komunikatu: „**Mówmy o konkretach**”.
- **Pomoc w selekcjonowaniu** – to rozwijanie umiejętności dokonywania istotnych wyborów, co do

poszczególnych fragmentów wypowiedzi. W wypowiedziach uczestników może powstawać pewien chaos zdarzeń, uczuć i postaw, sprawy istotnych mieszających się z drugoplanowymi i nieważnymi – taki brak porządku może budzić zniecierpliwienie i nie przyczynia się do konstruktywnego rozwiązywania problemów.

Istota komunikatu: „*Mówisz: A...B....C....D..., co dla ciebie jest najważniejsze?*”

- **Kończenie zajęć** – sprowadza się do zauważenia, że poszczególne zajęcia, jak i całość zajęć socjoterapii wymagają odpowiedniej formy zakończenia pracy. Ważne, aby w zakończeniu pojawiło się: (1) uzmysłowienie, że warto przenosić nowe zachowania do swojego środowiska, (2) stworzenie klimatu sprzyjającego podejmowaniu indywidualnych zobowiązań dotyczących pracy nad sobą między zajęciami, (3) zachęcenie do stawiania czoła problemom, które będą pojawiały się w codzienności, (4) zapewnienie o możliwości indywidualnego kontaktu z prowadzącym grupę w sytuacjach wyjątkowych.
Istotny komunikat: „*Kończąc ...*”

W praktyce wiele z powyższych umiejętności terapeutycznych wręcz niezauważalnie łączy się ze sobą, np. klaryfikacja z interpretacją, czy podsumowywanie z kończeniem zajęć.

Paradygmat pracy i stosowane metody wyznaczają pewien styl pracy terapeutycznej konkretnego socjoterapeuty. Określają sposób myślenia na temat spotykanych

przypadków, tworzą spójny model rozumienia człowieka oraz dynamikę powstawania zaburzeń i sposób terapeutycznych interwencji. Podejście socjoterapeutyczne w chwili obecnej nie tworzy jednak spójnego i jednoznacznego podejścia terapeutycznego. Mamy tu do czynienia z pewną różnorodnością ujęć składającą się na rozwiązania o charakterze eklektycznym. Najczęściej w zależności od przebytego przez danego socjoterapeutę typu szkolenia skłania się on w kierunku któregoś z istniejących kierunków pracy terapeutycznej. Można jedynie żywić nadzieję, że wraz z postępującą refleksją teoretyczną i rozwijającą się praktyką w tej dziedzinie zostanie wypracowany pewien spójny model socjoterapii jako jednoznacznie wyodrębnionego obszaru terapii.

Superwizja jest nieodzownym i niezwykle ważnym elementem ogólnych kwalifikacji socjoterapeuty. Najkrócej można ją opisać jako rodzaj analizy swojej pracy terapeutycznej, swoich własnych reakcji emocjonalnych i poznawczych, podejmowanych interwencji, pod okiem bardziej doświadczonego profesjonalisty (nazywanego superwizorem) lub grupy specjalistów. Postępowanie to chroni socjoterapeutę przed nadmiernym subiektywizmem i wpływem własnych deficytów psychologicznych na jakość relacji z uczestnikami zajęć. Uświadamia też, że terapeuta jest rodzajem swoistego narzędzia, w wyniku którego dokonują się istotne zmiany w osobowości osób, jakim pomaga. Uczestnictwo w socjoterapii jest dowodem odpowiedzialności i rzetelności profesjonalnego socjoterapeuty, jak również pewnego rodzaju pokory wobec ograniczonych możliwości własnych i złożoności psychiki każdego człowieka. Chroni również skutecznie przed tym, co obecnie często nazywa się

wypaleniem zawodowym⁹⁰ i deformacją osobowości wskutek wykonywanej profesji. Konieczność superwizji powinna skłaniać terapeutę do udziału w tego typu zajęciach przez cały okres aktywności zawodowej.

Terapia własna nie jest wymagana we wszystkich paradygmatach pomocy psychopedagogicznej. Dla wielu osób jest wciąż sprawą kontrowersyjną. Uznają oni, że terapeuta powinien zawsze być jednostką dojrzałą, pozbawioną własnych deficytów psychicznych i w jakimś sensie doskonałą. Własna terapia byłaby zatem wyrazem swoistej nadgorliwości. Taki pogląd, wygodny dla niektórych, nie zawsze jest ze zrozumiałych względów zgodny z rzeczywistością. Stąd też przejście własnej psychoterapii, jakkolwiek nie jest wymogiem bezwzględnym, jest sytuacją pożądaną i godną zalecenia, szczególnie biorąc pod uwagę fakt, że każda praca terapeutyczna wiąże się z dużymi obciążeniami psychicznymi (młodzi terapeuci nie zawsze mają świadomość tego). Natomiast przejście własnej psychoterapii może w znaczący sposób pomóc w przezwycięzeniu tych trudności, ale także dać możliwość lepszego wglądu we własne psychiczne konflikty, deficyty i ewentualne przeżyte wcześniej urazy emocjonalne.

Postawa etyczna wyraża się w przestrzeganiu norm moralnych wiążących się z wykonywaniem zawodu terapeuty. Z wielu względów ten element kwalifikacji, choć wymieniany na ostatnim miejscu, należałoby uznać za najistotniejszą część sylwetki zawodowej socjoterapeuty. W przypadku zajęć tego typu zakres norm moralnych wymagających przestrzegania jest bardzo szeroki, od nakazu przestrzegania

⁹⁰ J. Fengler, *Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej*, GWP, Gdańsk 2000, s. 174-175.

dyskrecji, szacunku wobec prywatności, ochrony uczestników przed przemocą werbalną i fizyczną, uczciwych reguł zawierania kontraktu z dziećmi i ich rodzicami, po świadomość własnych kompetencji i ograniczeń zawodowych. Ta ostatnia właściwość chroni terapeutę nie tylko przed naruszeniem wielu norm etycznych, ale również przed popełnieniem błędów w prowadzeniu grupy.

Pojawiające się błędy są skutkiem:

- niezwracania uwagi na problematykę granic (punktualności, obecności, przestrzeganie zasad i kontraktu, obecność nowych uczestników);
- braku równowagi między „pedagogiczną” postawą socjoterapeuty (edukowanie, zachowywanie zasad) a postawą „psychoanalityczną” (neutralność, analityczność, badawczość);
- niepilnowania zasady, że istnienie różnica między konstruktywnym wyrażaniem agresji, a destrukcyjną napaścią;
- wchodzenia przez terapeutę w rolę terapeuty indywidualnego – niewykorzystywanie grupy jako instrumentu terapeutycznego;
- niepoświęcania wystarczającego czasu oporowi grupy oraz dynamice prymitywnych zachowań grupowych (regresja, identyfikacja projekcyjna, poszukiwanie kozła ofiarnego itp.).

Za negatywne skutki terapii, które mogą się pojawić, można uznać:

- wypadnięcie z terapii grupowej (zły dobór pacjenta do grupy, grupa nieodpowiednia dla danego

dziecka, uczestnik staje się stałym kozłem ofiarnym itp.);

- grupa się nie rozwija (opór nie został zidentyfikowany i przezwyciężony, błędny skład grupy – niewystarczająca różnorodność osobowości, pojawiły się niezdiagnozowane poważne zaburzenia itp.);
- emocjonalne szkody uczestników (słaba wiedza i umiejętności terapeuty, nie radzącego sobie z przeciwprzeniesieniami i własnymi deficytami psychicznymi);
- emocjonalne szkody terapeuty (niepowodzenia, bo nie otrzymał wsparcia w superwizji, poczucie winy za cierpienia emocjonalne dzieci, obniżenie poczucia wartości, gdy nie rozpoznał istoty i charakteru ataku lub konfrontacji z grupą lub jej uczestnikami);

Trzeba wspomnieć również o nadużyciach, gdy:

- pacjent jest ostro krytykowany lub staje się niezmiennym kozłem ofiarnym dla grupy lub terapeuty;
- terapeuta wykorzystuje dziecko w formie przemocy seksualnej, wykorzystania finansowego lub innego.

Nadużycie może pojawić się, gdy zderzą się ze sobą dwa uwarunkowania: z jednej strony terapeuta z nieuświadomionymi destrukcyjnymi przeciwprzeniesieniami, problemami charakterologicznymi, potrzebą dominacji i władzy, kontroli lub ranienia innych, który dodatkowo jest atrakcyjny, błyskotliwy lub wręcz charyzmatyczny; z drugiej uczestnik grupy z niezaspokojonymi potrzebami symbiotycznym, które czynią osobę niezwykle

zależną, podatną na wykorzystanie i niezdolną do obiektywnej oceny sytuacji.

Widzimy zatem, że wymagania stawiane przed profesjonalnym socjoterapeutą są niezwykle wysokie. Ktoś, kto decyduje się na tego rodzaju karierę zawodową, powinien mieć tego pełną świadomość. Jednocześnie trudno znaleźć zajęcie, które niosłoby z sobą tyle satysfakcji oraz osobistych korzyści. Będąc socjoterapeutą można budować nowe i udane związki z innymi. Spotykając po latach swoich podopiecznych widzieć swój udział w ich sukcesach. Nawiązywać relacje oraz przyjaźnie z innymi terapeutami (a jest to bardzo specyficzne i interesujące środowisko) i poznawać uczciwych sojuszników w pomocy dzieciom i młodzieży. Prowadząc zajęcia można niejednokrotnie dobrze się bawić i cieszyć, wracając w jakimś sensie do roli dziecka. Cieszyć się sympatią, zaufaniem i szacunkiem ze strony dzieci i być dla nich wzorem. Przykładem społecznego i demokratycznego zachowania pozbawionego nienawiści oraz przemocy. Ideałem mądrego sprawowania władzy. Praca ta daje możliwość wypróbowania własnych sił, lepszego poznania siebie i swojej osobowości, a także radzenia sobie ze swoimi słabościami oraz wewnętrznego dojrzewania.

Dzięki byciu terapeutą łatwo wychodzi się z egocentrycznego przekonania, że nasze kłopoty są tak wielkie, iż nie mają odpowiednika „w całej galaktyce”. Można zdobyć nowe umiejętności psychologiczne, które przydadzą się zapewne także w wielu innych sytuacjach. Będąc terapeutą z całą pewnością rozumie się ludzkie zachowania lepiej i głębiej. Jest się z reguły osobą wrażliwą i nastawioną na

swój osobisty rozwój. Uznanie zdobywa się nieczęsto, ale jest ono zawsze najszersze, gdyż pochodzi od samych dzieci (rzadko od rodziców). Trudno jednak nie zauważyć, że praca ta niesie z sobą także szereg mankamentów i ograniczeń. Przede wszystkim bardzo angażuje człowieka pod względem konieczności poświęcenia jej wiele czasu. Czas na zajęciach to tylko część (nie zawsze najbardziej absorbująca!) takiego zaangażowania. Każde spotkanie musi być przecież starannie zaplanowane, nie wspominając już o innych czynnościach jak własna superwizja, ciągłe szkolenia, konsultacje z innymi specjalistami oraz w samym gronie terapeutów, pozyskiwanie sponsorów dla prowadzonej działalności, ustalenia, a czasem też negocjacje z przedstawicielami instytucji, w ramach której realizowana jest socjoterapia itd. Konsekwencją bywa zazwyczaj ograniczenie swojego czasu wolnego, kontaktów z przyjaciółmi czy rodziną, rezygnacja ze swoich pasji lub tylko zainteresowań. Można też odczuwać przeciążenie wynikające z wzięcia na siebie nadmiaru obowiązków i presji bycia zawsze nieskazitelnym, rzetelnym i sumiennym. Przecież uczestników nie sposób zawieść. A uczestnicy mogą nierzadko doprowadzić nawet osoby wyjątkowo cierpliwe, spokojne i zrównoważone psychicznie do „szewskiej pasji”. Skutki oraz rezultaty pracy bywają długo niewidoczne, to szczególnie frustruje osoby pragnące widzieć od razu efekty swojego wysiłku. Rezultaty są tu nie tylko niedostrzegalne, ale też zależne od wielu czynników leżących poza zasięgiem oddziaływań socjoterapeuty. Tylko on sam będzie wiedział „co dał” i „co otrzymał w zamian” – rachunek nie jest tu nigdy wyrównany. Każdy terapeuta obok obciążenia

emocjonalnego, jaki niesie ten rodzaj działalności, przeżywa wątpliwości i wahania, czy postępuje właściwie. Nie istnieje przecież matematyczny wzór lub algorytm właściwego i niezawodnego postępowania w tej dziedzinie. Trudno również oczekiwać wielu profitów finansowych z tej pracy. Znajomi i przyjaciele będą w tym czasie zdobywać eksponowane pozycje w życiu, osiągać kolejne stopnie naukowe i wygodnie się urządzać – terapeutcie zajmującemu się „niegrzecznymi dziećmi” pozostaje natomiast rola „fajera”, choć fajera w najlepszym tego słowa znaczeniu, oraz kwestarza dobijającego się różnych, dość zbiurokratyzowanych i obojętnych na krzywdę innych, instytucji dysponując środkami. Bilans zysków i strat musi zawsze podjąć sam terapeuta. Na szczęście wciąż nie brakuje osób, które decydują się na ten rodzaj życiowego wyzwania. Niektórzy z nich stają się z czasem mistrzami w swoim zawodzie.

Mistrzowie i hochsztaplerzy

Ze względu na zaangażowanie w rozpoznawanie rzeczywistości związanej z grupową terapią zaburzeń, zachowania dzieci i młodzieży oraz wywieranie na nią wpływu socjoterapeutów można podzielić na cztery umowne grupy. Omawiany tu podział ma charakter modelowy i nie wyczerpuje całego bogactwa postaw, stopnia zaangażowania czy realnych kwalifikacji zawodowych. Ma co najwyżej za zadanie uzmysłwić nam zależność, jaka istnieje między jakością rozumienia tego co zdarza się w procesie terapii a samym działaniem.

Mistrzowie

Tę grupę usytuujemy w proponowanej klasyfikacji najwyższej. Bez wątplenia mistrzostwo osiąga tylko niewielu. I choć w każdej zbiorowości stanowią stosunkowo niewielką grupę, to jednak jako najlepsi z najlepszych mogą stanowić wzór dla pozostałych. Ich mistrzostwo polega głównie na tym, że potrafią czerpać z bogactwa nie tylko własnej, ale również cudzej praktyki. Zgromadzone doświadczenie nie jest tylko prostą sumą nabytków, ale zostało przetworzone przez aktywny proces krytycznego myślenia (na który składa się analizowanie, klasyfikowanie, formułowanie nasuwających się pytań i hipotez, weryfikowanie, wyciąganie wniosków i szereg innych działań)⁹¹. Posiadana przez nich wiedza bliska jest życiu oraz realnym problemom. Ma więc charakter bardziej praktycznie „gorący”, niż teoretycznie „zimny”. Znają wprawdzie przyjęte podstawy teoretyczne swej pracy, ale umieją również swobodnie i z profesjonalizmem sięgnąć po własne obserwacje i przemyślenia. W stosowanych diagnozach wykorzystują intuicję i znają jej wartość. Można więc powiedzieć, że mistrzowie działają nie tylko perfekcyjnie, ale umieją także do swoich metod oddziaływania wprowadzać innowacje i kreatywność. Są elastyczni oraz potrafią być krytycznymi wobec tego, co robią, ale nade wszystko harmonijnie i na wysokim poziomie profesjonalizmu łączą poznanie z działaniem socjoterapeutycznym.

Rzemieślnicy

Jest to grupa poprawnych socjoterapeutów. Nie odznaczają się wyjątkowością w swojej pracy, co jednak nie ozna-

⁹¹ J. Jagieła, *Do mistrzostwa pedagogicznego*, „Edukacja i Dialog”, 1996, nr 7, s. 20-25.

cza, że ich praca jest całkowicie nieużyteczna. Angażują się w różne przedsięwzięcia związane z terapią w stopniu, na jaki pozwala sytuacja i posiadane możliwości. Rzadko jednak mają pomysły na nowe rozwiązania, czy niekonwencjonalne pozyskiwanie środków na swoją działalność. Rozpoznają swoją pracę zgodnie z obowiązującymi regułami i tym, czego ich nauczono. Nie zawsze są zdolni dostrzec naprawdę istotne elementy otaczającej ich rzeczywistości. Szczególnie dotyczy to samej pracy terapeutycznej, która wymaga podejścia pozbawionego schematyzmu, rutyny i sztywności. W praktyce ich praca sprowadza się często do tego, że są dobrymi opiekunami dzieci i młodzieży, jednak trudno byłoby w sensie dosłownym nazwać ich terapeutami. Mogą obawiać się bardziej śmiałych i niekonwencjonalnych interwencji terapeutycznych, gdyż ważniejsze dla nich bywa bezpieczeństwo własne i uczestników zajęć niż chęć uzyskiwania oszałamiających rezultatów poprawy istniejącego stanu rzeczy. W konsekwencji ich poznanie i działanie, choć poprawne i nie budzące zastrzeżeń, pozostaje płytkie oraz pozbawione znaczących efektów.

Partacze

Ignorancja jest cechą tej – miejmy nadzieję, że niezbyt licznej – grupy socjoterapeutów. Trafili do zawodu często w sposób przypadkowy. Nie identyfikują się ze swoją pracą i traktują to zajęcie jako przejściowy etap w swojej karierze zawodowej. Nie potrafią diagnozować problemów uczestników zajęć oraz bronią się przed własną superwizją. Pojawiające się nieuchronnie trudności nie traktują jako wyzwania lecz są one dla nich źródłem dodatkowego stresu. Popołniają

liczne, choć niezauważalne dla nich samych błędy, których nie umieją na bieżąco korygować, stąd są skazani na ich ciągłe powtarzanie. Trudno wyobrazić sobie sytuację, w której mogliby dłużej pozostawać w swoim zawodzie, gdyż praca terapeutyczna, a także same dzieci, weryfikują nieubłaganie ich umiejętności i skłaniają albo do podnoszenia kwalifikacji, albo do podjęcia decyzji o zmianie pracy. Mogą to być osoby, dla których z przyczyn intelektualnych lub emocjonalnych socjoterapia jest zbyt trudnym obszarem aktywności, lub owładnięci są własnymi osobistymi kłopotami, nie pozwalającymi im na adekwatne funkcjonowanie. W sumie w relacji poznania do działania brak im zarówno dostatecznej wiedzy fachowej, jak i umiejętności krytycznej analizy swoich poczynań.

Hochsztaplerzy

W pracy socjoterapeutycznej mogą pojawić się nie tylko osoby nieudolne zawodowo, ale również takie, których intencje budzą poważne wątpliwości natury etycznej. Uczestnicy zajęć i wszystko, co robi hochsztapler, w tym zawodzie ma charakter przedmiotowy i jest tylko środkiem dla uzyskania własnych korzyści lub zaspokojenia swoich potrzeb. Ich praca ma charakter nadużycia, gdyż sprzeniewierza się zaufaniu, jakim zostali obdarzeni. Różne mogą być postacie takiej nieuczciwości. Od malwersacji finansowych (działalność socjoterapeutyczna bywa niejednokrotnie sponsorowana w postaci darowizn), poprzez nadużycia o charakterze emocjonalnym i seksualnym (uczestnicy tego typu zajęć mogą być w szczególny sposób podatni na tego rodzaju wykorzystanie, gdyż pozbawieni są dostatecznej

opieki rodzicielskiej), po ujawnianiu różnego rodzaju informacji na temat dziecka osobom niepowołanym. Mogą też mieć miejsce czasem akty przemocy zarówno fizycznej i psychicznej, jak i przejawy dyskryminacji osób, czy grupy uczestników (pod względem rasowym, kulturowym, religijnym lub związanym z niepełnosprawnością). Ich poznanie rzeczywistości terapeutycznej jest ambiwalentne, gdyż trudno odmówić mu skuteczności w osiąganiu własnych celów. Potrafią sprawnie rozpoznawać swoje działanie przede wszystkim pod kątem własnych pożytków. Wiedza służy tu manipulacji lub mistyfikacji. Działanie hochsztaplerów nastawione na uzyskiwanie własnych korzyści nie może jednak przynieść pozytywnych rezultatów uczestnikom zajęć. Stąd uznajemy je za wysoce niewłaściwe.

	Poznanie	Działanie
Mistrz	++	++
Rzemieślnik	+	+
Partacz	-	-
Hochsztapler	+/-	--

Wielu socjoterapeutów po krótszym lub dłuższym okresie zdobywania wiedzy i umiejętności oraz praktykowania potrafi osiągnąć poziom rzemieślniczej poprawności, zdarzają się też niestety czasem też partacze, a z rzadka hochsztaplerzy, ale mistrzostwo osiągają tylko nieliczni – ci,

którym nieobcy jest los dzieci i młodzieży wymagającej pomocy, i którzy chcą oraz potrafią zaangażować swoją wrażliwość na rzecz najbardziej potrzebujących. Życzyć by sobie można, aby mistrzowie oraz poprawni rzemieślnicy stanowili wśród socjoterapeutów większość. Ta grupa zawodowa nie została dotąd poddana wnikliwym badaniom. Stąd też kierowani tylko intuicją możemy przypuszczać, że zaprezentowana tu liczba poszczególnych kategorii osób przypomina zapewne statystyczny rozkład normalny (Gausa), gdzie zarówno mistrzowie (niestety) i hochsztaplerzy (na szczęście) stanowią tylko margines.

Zakończenie

Socjoterapia, tak jak każda sensowna ludzka działalność, ma tendencję do spostrzegania celów w sposób perspektywiczny. Nasza rzeczywistość, zapewne wskutek szybkiego tempa zmian cywilizacyjnych, nastawiona jest na działania doraźne – na szybkie rozpoznawanie świata, który nas otacza i na pospieszne dokonywanie w nim zmian. Błyskawiczne poznanie i podobną temu poznaniu aktywność. Każda forma terapii wymaga jednak innej perspektywy niż okazjonalne działanie. Diagnoza wymaga wnikliwości, co samo w sobie wymaga odpowiedniej perspektywy czasowej, również terapia, aby mogła okazać się skuteczna musi mieć charakter zapoczątkowanego w pewnym momencie procesu zmian.

Świadomy swojej roli socjoterapeuta wie, że jego wysiłek może dać oczekiwane wyniki dopiero za jakiś czas i trudno spodziewać się skutków natychmiastowych. A i tak – jak słusznie zauważa Katarzyna Walewska, „w konfrontacji z rzeczywistością nasza omnipotencja terapeutyczna jest często raniona, a nasza broń – bezużyteczna. Niekiedy pozostaje nam tylko rozumienie i towarzyszenie uczuciowe w trudnej sytuacji”⁹².

⁹² K. Walewska, *Zespół opóźnionego dojrzewania w warunkach polskich*. [w:] *Problemy współczesnej psychoanalizy. Wybór zagadnień*. (red.) M. Sokolik, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1992, s. 169.

Wszystko to skłania do postawienia pytania o jakość przygotowania zawodowego tej grupy terapeutów. Realizowany nieprzerwanie od kilku lat przez Zakład Pedagogiki Społecznej i Terapii Pedagogicznej Akademii im. J. Długosza w Częstochowie system kształcenia podyplomowego socjoterapeutów, i jego kilka kolejnych edycji, skłaniają do pewnych wstępnych wniosków i obserwacji. Zaproponowany program kształcenia obejmuje szeroki blok przedmiotów podstawowych (np. przemiany współczesnej edukacji, podstawy socjoterapii, wybrane zagadnienia psychopatologii i psychoterapii, podstawy pracy grupowej itd.) oraz przedmiotów uzupełniających (problematyka uzależnień, niepowodzenia szkolne, nieformalne grupy młodzieżowe, specjalne potrzeby edukacyjne, prawa dziecka i system rodzinny). Ważne miejsce w programie studiów zajmuje obszerna propozycja zajęć o charakterze aktywnych treningów psychologicznych i warsztatów specjalistycznych, które stanowią przeszło siedemdziesiąt procent realizowanych godzin dydaktycznych. Warto tu wymienić choćby: trening adaptacyjny, umiejętności wychowawczych, asertywności, twórczości, relaksacyjny. Warsztaty specjalistyczne dotyczą praktycznych umiejętności uczenia się, wykorzystania analizy transakcyjnej w praktyce oraz pozyskiwania środków dla działalności socjoterapeutycznej. W programie zajęć uwzględniono także praktyki socjoterapeutyczne. Zakończenie studiów wieńczy złożenie pracy dyplomowej i egzamin komisyjny. Prowadzone po każdej edycji badania ewaluacyjne dowodzą wysokiego, w ocenie uczestników studiów, poziomu prowadzonych zajęć i praktycznej ich przydatności. Można również założyć, że w powyższej

propozycji kształcenia socjoterapeutów udało się w sposób harmonijny osiągnąć postulowane tu cele poznania z przyszłym działaniem w tej dziedzinie, a zatem dla wielu uczestników tej formy szkolenia droga do mistrzostwa w zawodzie socjoterapeuty została otwarta.

Przykładowe programy socjoterapeutyczne

W ostatnim okresie powstało wiele programów, które często wykorzystywane są w budowaniu konkretnych propozycji socjoterapeutycznych. Oto niektóre z nich:

- **Trening Zastępowania Agresji**
(ART – *Aggression Replacement Training*)

Program został opracowany w Centrum Badań nad Agresją Uniwersytetu w Syracuse w USA pod kierownictwem prof. Arnolda Goldsteina. Powszechnie znany jako TZA lub ART (ang. Aggression Replacement Training). To metoda poznawczo-behawioralna, postrzegana jako program wielostronnej interwencji, skierowany na zmianę zachowań dzieci i młodzieży agresywnej. Składa się z trzech komponentów:

- trening umiejętności i zachowań prospołecznych,
- trening kontroli złości,
- trening zasad etycznych, czyli wartościowanie moralne.

Trening umiejętności polega na systematycznym uczeniu się podstawowych prospołecznych umiejętności. Ćwiczenia odbywają się w sześciu kategoriach:

- 1) podstawowe umiejętności społeczne (np. rozpoczęcie rozmowy, przedstawianie się),
- 2) zaawansowane umiejętności społeczne (np. prośenie o pomoc, przeproszanie, instruowanie),
- 3) kontrola emocji (np. wyrażanie wzruszenia, radzenie sobie ze strachem),
- 4) alternatywy agresji (np. negocjowanie, pomoc innym),
- 5) kontrola stresu (np. radzenie sobie z oskarżeniem, przygotowanie się na stresującą rozmowę),
- 6) umiejętności planowania (np. stawianie celów, wybór priorytetów, podejmowanie decyzji).

Odbywa się to przez:

- a) modelowanie, czyli odzwierciedlanie zachowań składających się na daną umiejętność, w których uczestnicy są słabi lub w ogóle jej nie posiadają,
- b) granie ról – polegające na przećwiczeniu i przetrenowaniu właściwych społecznych zachowań,
- c) informację zwrotną, mówiącą o poprawności przedstawionej umiejętności ze względu na wcześniej pokazane zachowania modelowe,
- d) trenowanie przeniesienia, tj. zachęcanie uczestników do wykorzystania trenowanej umiejętności w codziennym życiu.

Trener modeluje każdą ćwiczoną umiejętność. Modelowanie umożliwia uczenie się przez naśladowanie. W proce-

sie społecznego uczenia się bardzo często wystarcza tylko obserwacja przez uczącego się zachowań tzw. modelu, tj. osoby, której zachowanie się naśladuje, żeby móc zachowywać się podobnie, jak zachowuje się wzorzec.

Umiejętność powinna być przećwiczona kilkakrotnie, aby trenujący mogli utrwalić nabytą umiejętność i doświadczyć wykorzystywania jej w różnych zmiennych okolicznościach. Trenerzy czuwają nad maksymalnym realizmem scenki i tak kierują każdym ćwiczeniem, aby aktorzy ćwiczyli te zachowania, które były już modelowane. Odgrywanie ról powinno odbywać się do momentu, gdy wszyscy będą głównymi aktorami. Często wymaga to kilku sesji dla jednej umiejętności. Informacje zwrotne następują po każdym odegraniu roli. Po dobrym opanowaniu umiejętności trener zachęca do zastosowania jej w różnych realnych sytuacjach, w domu, szkole, itp. Różnorodność trenowanych sytuacji i zadań domowych ułatwia generalizację nabytej umiejętności na nowe warunki i sytuacje.

Wszystkie te ćwiczenia mają pomóc w radzeniu sobie z agresją. Kontrolowanie złości nie jest łatwe. Myśli i zachowania agresywne są „zautomatyzowane”. Agresja jest nabywana wcześniej, bo już małe dziecko potrafi zachować się agresywnie i stosować przemoc wobec rówieśnika, np. odbierając mu zabawkę.

Trening kontroli złości to uczenie odpowiadania na stany poruszenia za pomocą łańcucha zachowań, który zawiera następujące elementy:

1. określenie „zapalników” (tzn. ekstremalnych zdarzeń oraz wewnętrznych stanów, które prowokują gniewne odpowiedzi),

2. zidentyfikowanie objawów (tj. indywidualnych fizycznych zdarzeń, jak napięcie mięśni, zaczerwienienie twarzy, które umożliwiają młodej osobie uświadomienie sobie, że emocja, której doświadcza, to złość/gniew),
3. stosowanie upomnień (tzn. stwierdzeń typu: „uspokój się”, „ochłoń” oraz nie wrogie wyjaśnienia zachowań innych osób),
4. stosowanie reduktorów (tj. technik, które umożliwiają obniżanie poziomu gniewu, takich jak: głębokie oddychanie, liczenie od tyłu, itp.),
5. stosowanie samooceny (tzn. uświadomienie sobie łańcucha: zapalnik – objawy zaniepokojenia – upomnienia – reduktory oraz wynagradzanie swoich pozytywnych zachowań).

Osoba po przejściu treningu umiejętności społecznych oraz treningu kontroli złości jest zdolna do wybrania odpowiednich zachowań w sytuacjach prowokujących agresję.

Trening zasad etycznych to ćwiczenia uczące właściwej hierarchii wartości, sprawiedliwości i rozumienia innych społecznych problemów wymagających liczenia się z prawami i potrzebami innych ludzi. Wolno w nim uczestnikom wyrażać własne, nawet najbardziej niedorzeczne w odczuciu grupy, rozwiązania. W treningu tym nie jest ważny wynik dyskusji, ale proces wnioskowania moralnego, który zdaniem Kohlberga (twórcy koncepcji stadiów rozwoju moralnego człowieka) pozwala osiągnąć wyższe stadium dojrzałości moralnej.

Nadawanie pozytywnego znaczenia emocjom, uczuciom, postawom i przekonaniom jest podstawą edukacji moralnej.

Tak rozumiana edukacja moralna jest kształtowaniem charakteru, rozumienia samego siebie, tego, kim jestem, innych ludzi, oraz rozumienia życia w ogóle. Ludzie najczęściej uświadamiają sobie swoje wartości wtedy, gdy zostaną one w jakiś sposób naruszone. Gdy coś sprawia nam przykrość, zasmuca nas lub w jakikolwiek sposób nie odpowiada nam, oznacza to, że w grę wchodzi nasze wartości. Kiedy ktoś okazuje nam lekceważenie i czujemy z tego powodu złość, jest ona wynikiem pogwałcenia szacunku jako wartości, naszej potrzeby bycia traktowanym z szacunkiem w relacji z drugą osobą.

Ogólnie mówiąc, wnioskowanie moralne polega na wprowadzeniu do grupy dotkliwych dylematów, wymagających podania propozycji ich rozwiązania. Ten etap to dowód na to, że ART może być punktem wyjścia do rozwiązań moralnych, budowania empatii.

Organizacja pracy i zajęć opartych na TZA odbywa się najczęściej w następujący sposób:

1. Zajęcia powinny prowadzić dwie osoby. Osoby prowadzące powinny mieć przygotowanie w zakresie pracy warsztatowej i metody ART. Takie szkolenia przeprowadzają różne instytucje, stowarzyszenia i fundacje.
2. Zajęcia muszą rozpoczynać się od wyjaśnienia uczestnikom celu oraz ustalenia norm organizacyjnych.
3. Liczba uczestników nie powinna przekraczać 12 osób.
4. Każde zajęcia muszą rozpoczynać się zawarciem z grupą kontraktu, czyli umowy, określającej

zasady obowiązujące w trakcie trwania zajęć (zasada akceptacji, zasada dyskrecji, zasada dobrowoli). Arkusz z treścią kontraktu powinien być umieszczony na stałe w sali, w której prowadzone są zajęcia.

5. Każde zajęcia wymagają przygotowania merytorycznego i technicznego. Na każde zajęcia potrzebne są artykuły: piśmienne, rekwizyty z związane z tematem zajęć, sprzęt audio oraz scenariusze zajęć.

LITERATURA

- Goldstein A.P, Reagles K.W, Amann L.L., *Umiejętności chroniące. Zapobieganie narkomanii wśród młodzieży*, Fundacja Karan, 2001.
- Goldstein A.P, Glick B., Gib J.C., *Art. Program Zastępowania Agresji*, Instytut Amity, 2004
- Goldstein A.P, McGinnis E., *Skillstreaming. Kształtowanie umiejętności ucznia*, Fundacja Karan, 2001.
- Morawska E.A., Morawski J., *Trening Zastępowania Agresji, cz. 1, „Psychologia w szkole”*, nr 1, 2006, s. 29-36
- Morawska E.A., Morawski J., *Trening Zastępowania Agresji, cz. 2, „Psychologia w szkole”*, nr 2, 2006, s. 83-90
- Morawska E.A., Morawski J., *Trening Zastępowania Agresji, cz. 3, „Psychologia w szkole”*, nr 3, 2006, s. 105-109
- Morawska E.A., Morawski J., *Trening Zastępowania Agresji, cz. 4, „Psychologia w szkole”*, nr 4, 2006, s. 95-104.

• Program START

Sukcesy w realizacji powyższego programu zainspirowało autorów do wyodrębnienia z ART jednego z jego podejść i zmodyfikowanie go w taki sposób, aby mógł być realizowany nie tylko na zajęciach pozalekcyjnych, ale także ze wszystkimi uczniami, przez wychowawców klasowych na lekcjach wychowawczych. Powstały w ten sposób program nosi nazwę START. Autorzy proponują kształtowanie zachowań prospołecznych i wyrównywanie deficytów uczniów poprzez uczenie umiejętności (co robić), kontrolę złości (czego nie robić) i ocenę i wnioskowanie moralne (dlaczego coś robić, a czegoś nie robić). Obejmuje on wszystkich uczniów, nauczycieli i rodziców oraz personel szkolny.

LITERATURA

Morawska E.A., Morawski J., *Program START. System profilaktyki agresji w śródmiejskich szkołach podstawowych i gimnazjach* Warszawy, „Problemy alkoholizmu”, 2006, nr 1, s. 21-26.

• Program przeciwdziałania agresji SAPER

Agresja traktowana jest tu jako sposób radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami. Większość ćwiczeń mobilizuje uczniów do rozwijania empatii, rozwiązywania problemów w sposób bezkonfliktowy oraz radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Scenariusze zostały wzbogacone

materiałami będącymi załącznikami dla uczniów, nauczycieli i rodziców.

LITERATURA

Knez R., Słonina W., *SAPER czyli jak rozminować agresję. Program profilaktyczno-wychowawczy dla klas IV-VI szkół podstawowych*, Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2004.

Knez R., Słonina W., *SAPER czyli jak rozminować agresję. Program profilaktyczno-wychowawczy dla klas I-III gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych*, Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2004.

- **Warsztat na łagodzenia agresji**

Są to warsztaty integracyjne, sprzyjające lepszemu poznaniu się uczniów, wzajemnemu zrozumieniu, budowaniu zaufania i akceptacji. Dotyczą wspomagania emocjonalnego i społecznego rozwoju wychowanków.

LITERATURA

Hornby G., Hall E., Hall C., *Nauczyciel wychowawca*, GWP, Gdańsk 2005.

Wodzińska A., *Warsztaty złagodzenia agresji*, „Psychologia w szkole”, nr 2, 2006, s. 91-94

- Program zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin alkoholowych oraz osób dorosłych uzależnionych od alkoholu

Proponowany program w formie 10 zajęć skierowany jest do dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, zaniedbanych wychowawczo i dydaktycznie.

Głównym celem zajęć z dziećmi jest poprawa społecznego funkcjonowania poprzez nawiązanie kontaktu z grupą rówieśniczą i osobami dorosłymi, czyli zmiana sposobu zachowań i uczenia się określonych ról, a także rozwój dziecka poprzez wykorzystanie własnych zasobów i umiejętności, sprawniejsze radzenie sobie w życiu i podnoszenie jakości własnego życia.

Program w wersji dla dorosłych obejmuje rozpoznawanie i analizę sygnałów ostrzegających przed piciem oraz sposoby radzenia sobie z destrukcyjnymi myślami, uczuciami i zachowaniami.

LITERATURA

Balandynowicz A., *Program zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin alkoholowych*, „Problemy alkoholizmu”, 2006, nr 1, s. VI-IX.

Balandynowicz A., *Program zajęć socjoterapeutycznych dla dorosłych osób uzależnionych od alkoholu*, „Problemy alkoholizmu”, 2006, nr 1, s. X-XII.

- **Program zaradczy przeciwko mobbingowi**

Program adresowany jest do szkoły jako całości, do klas dotkniętych problemem przemocy i jednostek uwikłanych w to zjawisko. Koncentruje się na relacjach prześladowca-ofiara i sposobach identyfikowania tych ról oraz metodach ich zmieniania. Program ten został zweryfikowany w Norwegii.

LITERATURA

Olweus D., *Mobbing – fala przemocy w szkole. Jak ją powstrzymać?* Jacek Santorski & Co. Warszawa 1998.

Nie sposób wymienić tu wszystkich programów, gdyż ich liczba systematycznie rośnie z każdym następnym rokiem szkolnym.

Zakres wiedzy i umiejętności profesjonalnych terapeutów i trenerów grupowych

Amerykańskie profesjonalne standardy szkolenia trenerów i terapeutów grupowych (ASGW – *Association for Specialists in Group Work*)⁹³ określają następujący zakres wiedzy i umiejętności koniecznych do prowadzenia grup terapeutycznych i rozwojowych.

Wiedza. Każda osoba prowadząca grupy powinna potrafić:

- scharakteryzować każdy z czterech głównych typów grup – grupy zadaniowe, trening grupowy, ustrukturalizowane grupy psychoedukacyjne oraz grupy psychoterapeutyczne,
- wyjaśnić podstawowe prawidłowości rządzące dynamiką grupy,
- omówić podstawowe aspekty terapeutyczne sytuacji grupowej,

⁹³ M.S. Corey, G. Corey, *Grupy. Zasady i techniki grupowej pomocy psychologicznej*, IPZiT, Warszawa 1995, s. 73-74.

- określić mocne i słabe strony samego siebie, własne wartości i inne cechy osobowe, które wywierają wpływ na grupę,
- opisać normy etyczne, obowiązujące w pracy z grupą,
- omówić trendy badawcze w zakresie pracy z grupą i umieć je odnieść do własnego przygotowania akademickiego,
- opisać cechy charakterystyczne każdej z faz procesu grupowego,
- opisać przykłady ról grupowych oraz typów zachowań uczestników sprzyjających i nie sprzyjających osiągnięciu celów grupy,
- podać wady i zalety pracy grupowej oraz przykłady sytuacji, w których ta forma oddziaływania terapeutycznego jest właściwa, i tych, w których jest niewłaściwa,
- opisać czynniki terapeutyczne działające w pracy grupowej,
- określić strategie rekrutowania i dyskwalifikowania kandydatów do grup,
- rozumieć znaczenie oceny grupy i jej członków.

Umiejętności. Osoba prowadząca grupy powinna posiadać zakres niezbędnych umiejętności umożliwiających jej podejmowanie następujących działań:

- zachęcanie do uczestnictwa w grupie,
- uważne obserwowanie zachowania i funkcjonowania wszystkich osób w grupie,
- klaryfikowanie i podsumowywanie wypowiedzi uczestników,

- otwieranie i zamykanie sesji grupowych,
- udzielanie grupie właściwych informacji we właściwym czasie,
- modelowanie zachowań oczekiwanych od uczestników grupy,
- otwieranie się w adekwatny sposób wobec grupy,
- udzielanie i przyjmowanie informacji zwrotnych,
- zadawanie pytań otwartych,
- bycie empatycznym wobec członków grupy,
- w razie potrzeby stosowanie konfrontacji odnoszącej się do zachowań uczestników,
- pomaganie uczestnikom grupy w uświadamianiu sobie, jakie znaczenie ma dla nich to, czego doświadczyli w grupie,
- pomaganie uczestnikom w integrowaniu procesu uczenia się w grupie i w stosowaniu w życiu tego, czego się uczą,
- stosowanie w pracy grupowej profesjonalnych norm etycznych,
- utrzymywanie kierunku pracy sprzyjającego osiągnięciu celów grupy.

Dodatek

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO – *World Health Organization*) opracowała w obowiązującej dziesiątej wersji „Międzynarodową i statystyczną klasyfikację chorób i pokrewnych problemów psychicznych” (*International Statistical Classification of Diseases and Related Problems – Tenth Revision: ICD–10*). Zawarte tam badawcze kryteria diagnostyczne uwzględniają również klasyfikację zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, gdzie mieszczą się „Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym”⁹⁴ (F90–98). Odnajdujemy tu zarówno zespoły nadpobudliwości ruchowej, zaburzenia emocjonalne, zaburzenia funkcjonowania społecznego, jak inne postacie zaburzeń, np. tiki, moczenie nocne, jąkanie itp.

⁹⁴ *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, UWM „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków–Warszawa 1998, s. 139–151.

Zaburzenia zachowania (F91) charakteryzowane są w następujący sposób:

G1. Powtarzający się i utrwalony wzorzec zachowania, cechujący się gwałceniem albo podstawowych praw innych osób, albo poważniejszych norm i reguł społecznych właściwych dla wieku, trwający co najmniej 6 miesięcy, w czasie których występują niektóre z następujących przejawów (patrz indywidualne subkategorie dla reguł i liczby objawów)

Uwaga. Do spełnienia kryterium wystarczy choćby jednorazowe wystąpienie objawów wymienionych w punktach 11, 13, 15, 16, 20, 21 i 23.

- (1) wybuchy złości nadzwyczaj częste lub ciężkie w stosunku do poziomu rozwojowego,
- (2) częste kłótnie z dorosłymi,
- (3) częste aktywne odrzucanie wymagań dorosłych lub niespełnianie reguł,
- (4) często jakby rozmyślne robienie rzeczy, które budzą gniew u innych ludzi,
- (5) częste oskarżanie innych za swoje własne pomyłki lub niewłaściwe zachowania,
- (6) częsta „drażliwość” i łatwość wprowadzania w złość przez innych,
- (7) częste wpadanie w gniew lub rozżalenie,
- (8) częsta złość i mściwość,
- (9) częste kłamstwa lub zrywanie obietnic w celu uzyskania dóbr lub przywilejów, lub uniknięcia obowiązków,

- (10) częste inicjowanie starć fizycznych (nie obejmuje to starć z rodzeństwem),
- (11) używanie broni, która może spowodować u innych poważne uszkodzenia ciała (np. kij, cegła, rozbita butelka, nóż, strzelba),
- (12) pozostawanie poza domem po zapadnięciu zmroku, mimo zakazu rodziców (rozpoczynające się przed 13. rokiem życia),
- (13) przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec innych osób (np. krępowanie, ranienie lub podpalenie ofiar),
- (14) przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec zwierząt,
- (15) rozmyślne niszczenie własności innych osób (inaczej niż przez podpalenie),
- (16) rozmyślne podkładanie ognia ze stwarzaniem ryzyka lub zamiarem spowodowania poważnych zniszczeń,
- (17) kradzieże przedmiotów o niebanalnej wartości bez konfrontacji z ofiarą, zarówno w domu, jak i poza nim (kradzieże w sklepach, włamania, fałszerstwa),
- (18) częste wagary ze szkoły, rozpoczynające się przed 13. rokiem życia,
- (19) co najmniej dwukrotne ucieczki z domu rodzicielskiego lub zastępczego, albo ucieczka jednorazowa trwająca dłużej niż jedna noc (nie obejmuje opuszczenia domu w celu uniknięcia molestowania fizycznego lub seksualnego),

- (20) popełnianie przestępstw wymagających konfrontacji z ofiarą (wyłączając kradzieże kieszonkowe, wymuszenia, napady)
 - (21) zmuszanie innych osób do aktywności seksualnej,
 - (22) częste terroryzowanie innych (np. rozmyślne zadawanie bólu lub ran połączone z uporczywym zastraszaniem, dręczeniem, molestowaniem),
 - (23) włamania do cudzego domu, budynku lub samochodu.
- G2. Zaburzenie nie spełnia kryteriów osobowości dysocjalnej (F60.2), schizofrenii (F20.-), epizodu maniakalnego (F30.-), epizodu depresyjnego (F32.-), całościowego zaburzenia rozwojowego (F84.-) ani zaburzenia hiperkinetycznego (F90.-), należy rozpoznawać mieszane zaburzenia zachowania i emocji (F92.-).

Uwaga: musi zostać spełniony zarówno punkt G1, jak też punkt G2.

Zaleca się określenie wieku wystąpienia:

- *postać z początkiem w dzieciństwie:* początek co najmniej jednego rodzaju trudności z zachowaniem przed 10. rokiem życia.
- *postać z początkiem w wieku młodzieńczym:* bez trudności z zachowaniem przed 10. rokiem życia.

Obok tej kategoryzacji zalecane jest opisywanie przypadków za pomocą wartości liczbowych dotyczących trzech wymiarów zaburzeń:

- (1) nadmierna aktywność (brak uwagi, niepokój),
- (2) zaburzenia emocjonalne (lęk, depresja, natręctwa, hipochondria),
- (3) ciężkość zaburzeń zachowania:
 - (a) łagodna: tylko nieliczne (lub prawie żadne) trudności z zachowaniem przekraczają granice wymagane do ustalenia rozpoznania oraz trudności z zachowaniem powodują tylko małe szkody u innych osób,
 - (b) umiarkowana: liczba trudności z zachowaniem oraz ich wpływ na innych pozostaje pośredni pomiędzy „łagodnym” a „ciężkim”,
 - (c) ciężka: występują liczne trudności z zachowaniem przekraczające granicę uprawniającą do ustalenia rozpoznania albo problemy z zachowaniem powodują istotne szkody u innych, np. ciężkie urazy fizyczne, akty wandalizmu, kradzieże.

Niejednokrotnie wyróżnia się też poszczególne podkategorie, np.:

- F91.0 Zaburzenia zachowania ograniczone do środowiska rodzinnego.
 - F91.1 Zaburzenia zachowania z nieprawidłowym procesem socjalizacji
 - F91.2. Zaburzenia zachowania z prawidłowym procesem socjalizacji
 - F91.3 Zaburzenia opozycyjno-buntownicze
- a także:
- F91.8 Inne zaburzenia zachowania
 - F91.9 Zaburzenia zachowania, nie określone.

* * *

W innej klasyfikacji zaburzeń psychicznych (**DSM-IV-TR**) opracowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA – *American Psychiatric Association*) uważa się zaburzenia zachowania (312.8) za:

- A. „Powtarzający się i utrzymujący się wzorzec zachowań, w którym pogwałcone są podstawowe prawa innych lub normy społeczne odpowiednie dla danego wieku i inne reguły, wyrażające się trzema lub więcej z następujących kryteriów w ostatnich 12 miesiącach i co najmniej z jednym kryterium występującym na przestrzeni ostatnich 6 miesięcy:
1. Agresja wobec ludzi i zwierząt.
 2. Często znęca się, grozi lub zastrasza innych.
 3. Użył broni, która może spowodować poważne fizyczne uszkodzenia (np. kij do palanta, cegła, stłuczone butelka, nóż, pistolet).
 4. Był fizycznie okrutny dla ludzi.
 5. Był fizycznie okrutny dla zwierząt.
 6. Ukradł coś w konfrontacji z ofiarą (napad, kradzież kieszonkowa, wymuszanie pieniędzy, napad z bronią w rękę).
 7. Zmusił kogoś do aktywności seksualnej. Zniszczenie własności.
 8. Rozmyślnie podpalił w intencji spowodowania poważnych zniszczeń.
 9. Rozmyślnie zniszczył cudzą własność (inaczej niż przez podpalenie). Oszustwa i kradzieże.
 10. Włamanie do czyjegoś domu, zabudowania lub auta.

11. Często kłamie, żeby uzyskać rzeczy lub przysługi, lub by uniknąć zobowiązań.
12. Ukradł przedmioty o pewnej wartości bez konfrontacji z ofiarą (np. kradzieże w sklepie, ale bez włamania, fałszerstwo). Poważne pogwałcenie zasad.
13. Często spędza noce poza domem pomimo zakazów rodzicielskich i zaczęło się to przed 13. rokiem życia.
14. Uciekł z domu na noc przynajmniej dwukrotnie podczas życia w domu rodzinnym lub w domu opiekunów prawnych (lub raz bez powrotu w ciągu dłuższego okresu czasu).
15. Często wagarował przed 13. rokiem życia.

B. To zaburzenie zachowania powoduje klinicznie znaczące pogorszenie w funkcjonowaniu społecznym, szkolnym lub w pracy”.

W klasyfikacji powyższej uwzględniając wiek życia dziecka w chwili wystąpienia zaburzeń, wyróżnia się:

- typ dziecięcych zaburzeń, gdy wystąpiło przed 10. rokiem życia;
- typ młodzieńczych zaburzeń, gdy wystąpiło powyżej 10. roku życia.

W nasileniu zaburzeń można wyróżnić trzy stopnie:

- stopień lekki, gdy dane zaburzenie zachowania powoduje jedynie niewielkie szkody;
- stopień umiarkowany, gdy liczba zaburzeń zachowania i ich wpływ na innych są pośrednie między

lekkim a znaczącym, np. kradzież bez konfrontacji agresywnej z ofiarą, wandalizm itp.;

- stopień znaczny, gdy występuje więcej objawów zaburzeń zachowania, sprzężonych ze sobą, np. kradzież w konfrontacji agresywnej z ofiarą, włamanie.

Wyjaśnienie: w stosowanej tu procedurze diagnostycznej musi zostać spełniony równocześnie zarówno punkt **A**, jak i **B** – w przeciwnym razie nie mamy do czynienia z zaburzeniem zachowania.

W powyższej klasyfikacji zakłada się, że każdy przypadek można ocenić na pięciu osiach funkcjonowania (choć obowiązkowe są tylko dwie pierwsze – niektórzy twierdzą, że trzy).

- oś I.** zaburzenia kliniczne, np. zaburzenia zachowania
- oś II.** zaburzenia trwałe (trwające przez całe życie), np. upośledzenie intelektualne w stopniu lekkim lub zaburzenia osobowości
- oś III.** stan fizyczny, np. choroby mogące wpływać na stan psychiczny
- oś IV.** problemy psychospołeczne, np. przebywa w domu dziecka
- oś V.** funkcjonowanie i zdolności adaptacyjne, np. wymaga stałej opieki

Ćwiczenia

• Wizualizacja

Dobrze jest zrelaksować się w czasie tego ćwiczenia i pozwolić pracować swojej wyobraźni. Pomocne może okazać się zamknięcie oczu. Wędrujemy idąc w naszej fantazji krok po kroku i odpowiadając sobie na następujące pytania:

1. Gdy przed naszymi oczami pojawia się obraz: „uczeń wykazujący zaburzenia zachowania”, to kto nim jest? Może to być ktoś, kogo znamy lub pamiętamy, może to być również osoba zupełnie wymyślona.
2. Wyobraźmy sobie k o n k r e t n i e, jak ten uczeń się zachowuje, co najczęściej robi i na czym polega jego trudność w kontaktach z otoczeniem?
3. Jakie emocje wywołuje to w nas?
4. Jakie uczucia przypuszczalnie przeżywa to dziecko?
5. Co sobie o nim myślimy?
6. Jakie poglądy o sobie i innych wyraża ten uczeń?
7. Co może zrobić w tej sytuacji? Należy wypisać na kartce wszystko, co przychodzi nam do głowy.

• **Zmiana zachowań**

W ćwiczeniu chodzi o opracowanie planu zmiany niepożądanego zachowania według poniższego schematu:

1. Zdanie sobie sprawy z tego, co należy zmienić, jakie zachowanie jest pożądane (np. jakie zachowanie jest mało użyteczne lub szkodliwe).
2. Ustalenie, jak należy to zrobić (dobranie konkretnych działań i procedur krok po kroku).
3. Ćwiczenie nowych zachowań (np. według opracowanego programu).
4. Otrzymanie informacji zwrotnych (np. od otoczenia lub uczestników grupy).
5. Wprowadzenie nowych zachowań do stałego sposobu bycia.

Uwaga: poszczególne punkty muszą zawierać bardzo konkretne rozwiązania, mają być pozbawione ogólników lub mało precyzyjnych sposobów postępowania.

• **Sposoby radzenia sobie ze stresem**

Biorąc pod uwagę sytuację dziecka w rodzinie alkoholowej podajcie konkretne przykłady strategii radzenia sobie przez dziecko ze stresem poprzez:

- modyfikację sytuacji będącej źródłem stresu;
- zmianę znaczenia przypisywanego stresowi;
- zmniejszenie siły własnej reakcji emocjonalnej na stres.

Pomocne będą odpowiedzi na następujące pytania:

1. Która z powyższych strategii zdarza się najczęściej?
2. Która ze strategii może być najbardziej destrukcyjna i dlaczego?
3. Która ze strategii jest najbardziej konstruktywna i dlaczego?

• Własna klasyfikacja

Warto spróbować sporządzić możliwe najobszerniejszą listę wszystkich

możliwych przejawów zaburzeń zachowania, jakie nam przychodzą do głowy. W tym celu można posłużyć się metodą burzy mózgów. Na tej podstawie tworzymy własną klasyfikację zaburzeń zachowania. Można uwzględnić dwie grupy wiekowe, np.

- 7–11 lat
- 12–16 lat

Klasyfikacja niech spełnia naukowe zasady podziału, tj. niech będzie:

- rozłączna
- wyczerpująca
- niech posiada określone kryterium podziału (łac. *principium divisionis*).

Warto porównać własny pomysł z koncepcjami, jakie spotkać można w literaturze przedmiotu (psychologii klinicznej, psychiatrii, pedagogice resocjalizacyjnej, profilaktyce społecznej i w innych dziedzinach).

• **Ja – inni**

Trzeba opracować pomysł ćwiczenia na zajęcia socjoterapeutyczne do każdego z wyodrębnionych obszarów zaburzeń zachowania ucznia:

Ja – dorośli

Ja – rówieśnicy

Ja – zadania

Ja – Ja

A także jedno ćwiczenie, które stwarzałyby możliwość odreagowania emocji w wybranym przez siebie obszarze zaburzeń zachowania.

• **Treści korygujące**

Jakie treści korygujące można wprowadzić do określonych obszarów zaburzonego zachowania ucznia?

Ja – dorośli

1. „Nauczyciel nie jest wobec mnie sprawiedliwy”
2.
3.
4.

Ja – rówieśnicy

1. „Nie jestem dla innych atrakcyjny”
2.
3.
4.

Ja – zadanie

1. „Geografia jest dla mnie za trudna”
2.
3.
4.

Ja – Ja

1. „jestem do niczego”
2.
3.
4.

• **Diagnozy przypadków**

Należy przedstawić w formie hipotez roboczych diagnozę poniższych przypadków i opracować dla każdego z tych przypadków (na podstawie posiadanej wiedzy, choćby tylko zdroworozsądkowej) odpowiednią strategię terapeutyczną.

Przypadek 1

Marcin, lat 13. Został skierowany na badania psychologiczne po kolejnym epizodzie polegającym na biciu młodszych dzieci bez żadnego powodu. Ma za sobą też ucieczki z domu. Marcin przeszkadza na lekcji, a ostatnio zaczął wykrzykiwać, że wszystkich nienawidzi. Ojciec ubolewa nad zachowaniem syna, narzeka, że Marcin jest leniwy, łatwo ulega frustracjom, chce wszystko mieć bez wysiłku, nie potrafi przegrywać i ciągle kłamie. Ojciec nie potrafi wyjaśnić zachowania syna, mówi, że po prostu „taki się już urodził”.

W domu jest wymagający i surowy wobec syna, twierdzi, że nie ma z nim żadnych kłopotów, a więc odpowiedzialni za złe zachowanie są głównie nauczyciele, gdyż są mało stanowczy i czepiają się chłopca. Matka chłopca podała kilka istotnych informacji, których nie chciała ujawnić poprzednio, bojąc się gniewu męża. Ojciec Marcina jest człowiekiem nieodpowiedzialnym, leniwym i w sumie nieuczciwym, zrzuca na nią wszystkie obowiązki finansowe i rodzinne. Często znika z domu bez żadnego wyjaśnienia. Wobec ludzi pragnie uchodzić za dojrzałego, kompetentnego i szczerego, w rzeczywistości jest zakłamany i nie interesuje się wychowaniem syna.

Przypadek 2

Marta, lat 12. Jest średnio uczącą się, przeciętnie wyglądającą uczennicą II klasy gimnazjum. Ojciec cały swój czas poświęcał pracy zawodowej, matka natomiast robieniu kariery. W rzadkich chwilach, gdy rodzice byli razem w domu, cały swój czas poświęcali jej młodszym braciom. Zdawali sobie sprawę z rozzalenia córki, uważali jednak, że jest ono nieuzasadnione. Pewnego dnia usłyszała od kolegów o kilku upozorowanych zamachach bombowych w okolicznych szkołach. Tego samego dnia poszła na przerwie do automatu telefonicznego i zadzwoniła do kierownika szkoły informując bez podania swego nazwiska, że na terenie szkoły znajduje się ładunek wybuchowy. W ciągu kilku minut ogłoszono alarm, ewakuowano szkołę i policja zaczęła poszukiwania. Marta pochwaliła się swoim wyczynem kilku kolegom, w związku z czym została szybko wykryta.

Przypadek 3

Jacek ma 15 lat. Matka umarła przed kilkoma miesiącami, była głównym źródłem miłości i wsparcia dla syna. Starszy brat, z którym miał dobry kontakt, wyjechał na studia. Ojciec mimo przywiązania do syna, był bardzo zajęty pracą zawodową i sam jeszcze nie doszedł do siebie po śmierci żony. Chłopiec wpadł w uporczywą ale niezauważalną przez otoczenie apatię. Stracił zainteresowanie szkołą i innymi zajęciami, był ospały, rozmyślał nad swoją ponurą przyszłością. Zaczął rysować sierpy i młoty w swoich zeszytach i książkach. Nosił ze sobą „Manifest komunistyczny” i prowokował klasę do dyskusji politycznych. Wkrótce klasa zaczęła przezywać go „komuchem”. Jacek zdobył gdzieś wytrych, za pomocą którego wchodził do szkoły i „pożyczał” różne sprzęty i urządzenia. Bardzo szybko zwracał sprzęt, ale zawsze w taki sposób, który zwiększał ryzyko złapania, co zresztą wkrótce nastąpiło.

Przypadek 4

Małgorzata, lat 13, uczennica I klasy gimnazjum. Jest pierwszym dzieckiem. Ma 9-letnią siostrę. Matka lat 41, pracownik umysłowy, wykształcenie średnie. Ojciec lat 40, księgowy, wykształcenie średnie. Rodzice rozwiedzeni od 3 lat. Warunki bytowe przeciętne. Oboje rodzice bardzo skonfliktowani ze sobą. Dziewczynka z pierwszej ciąży o prawidłowym przebiegu, poród fizjologiczny. W okresie ciąży częste nieporozumienia małżeńskie. Rozwój we wczesnym dzieciństwie przeciętny, dziecko mało chorowało. Zaczęła mówić po 2. r.ż. Obecnie dobrze rozwinięta fizycznie, wystąpiła pierwsza miesiączka (*menarche*).

Nie sprawiała trudności wychowawczych. Podczas nieporozumień między rodzicami płakała. Do szkoły poszła chętnie, łatwo się przystosowała. W klasie I i II szkoły podstawowej uczyła się średnio. W klasie III nie mogła zrozumieć mnożenia i dzielenia. Trudności w matematyce trwają do chwili obecnej. Matka stwierdza: „podczas wakacji było to zupełnie inne dziecko”. Siostra uczy się bardzo dobrze. Jest spokojna, nie sprawia trudności. Małgosia bywa o nią zazdrosna. Uczy się dużo i chętnie, ale narzeka na trudności w skupieniu uwagi. W klasie z nikim się nie przyjaźni, czuje się w niej źle. Od 2 tygodni nie chodzi do szkoły, płacze, nie wychodzi na podwórko. Matka czuje się bezradna.

Przypadek 5

Marysia, wiek 10,8 lat, kl. III szkoły podstawowej. Dziewczynka mieszka w Warszawie. Jej ojciec jest technikiem budowlanym, matka pracuje jako laborantka. Marysia jest dzieckiem najmłodszym w rodzinie, ma 18-letniego brata, ucznia szkoły średniej i 13-letnią siostrę uczęszczającą do klasy I gimnazjum. Dziewczynka odrabia lekcje wraz z rodzeństwem przy jednym stole. Rodzice żyją w zasadzie w zgodzie. Ojciec jest zrównoważony, matka spokojna, choć przejawia postawę lękową, wyraźnie spotęgowaną trudnościami szkolnymi Marysi. Oboje rodzice otaczają dzieci troskliwą opieką. Urodziła się z patologicznej ciąży. Poród odbywał się normalnie. Dziecko urodziło się w prawidłowym czasie, jednak było słabe i wymagało w okresie niemowlęcym i poniemowlęcym wyjątkowo troskliwej opieki. Rozwój mowy wyraźnie opóźniony. Dziewczynka mówiła do 4. r.ż. pojedyncze słowa, nie budując zdań, a po 6. r.ż. zmiękczała wyrazy. Spraw-

na ruchowo, wcześniej opanowała czynności samoobsługi. Chętnie bawiła się z innymi dziećmi, była żywa, pogodna, serdeczna w kontaktach z rodzeństwem. Nie przejawiała egoizmu. Pójścia do szkoły oczekiwała z wielką radością. Niestety, już pierwsze miesiące pobytu w szkole stało się zarówno dla Marysi jak i dla jej rodziców źródłem przykrych przeżyć i rozczarowań. Najwięcej trudności sprawiało dziewczynce czytanie i pisanie. Czytając zmieniała kolejność liter w wyrazie, opuszczała pojedyncze litery, a nawet sylaby, przedstawiała wyrazy w zdaniu. Przepisując tekst myliła ze sobą litery o podobnym kształcie a różnym ułożeniu. Pisanie ze słuchu sprawiało jej jeszcze większe trudności. Na półrocze w klasie I rodzice otrzymali informacje, że nie spełnia wymagań. Dziewczynka (według relacji rodziców) wkładała wiele wysiłku w odrabianie zadań domowych. Zniechęciła się jednak po kilku miesiącach. Rodzice oczekiwali, że Marysia, podobnie jak rodzeństwo, sama poradzi sobie z nauką. Nauczycielka radziła ostro zabrać się do dziecka, które uznała za mało pilne i rozpieszczone. Matka odrabiając lekcje z dziewczynką polecała wielokrotnie przepisywać dziecku całe stronicy zeszytu. W miarę narastania zmęczenia dziewczynki liczba błędów wyraźnie się zwiększała. Matka obwiniła wówczas Marysię o złą wolę, kilkakrotnie użyła wyrażenia, że dziewczynka jest złą córką, że nie kocha mamusi, że jest leniwa i niestaranna. Pod koniec I klasy dziewczynka broniła się przed lekcjami, wybuchiała płaczem i po kilku popełnionych błędach powtarzała: „nie mogę”, „nie chcę”, „zostawcie mnie”. Matka poleciła pomoc Marysi ze strony starszego rodzeństwa, nie przyniosło to jednak rezultatu, popsuło natomiast bardzo dobre stosunki dziewczynki z rodzeństwem. W klasie II dziewczynka za-

ledwie literowała wyrazy, nie pisząc prawie wcale ze słuchu. Nauczycielka postanowiła przełamać upór Marysi. Stawiała uczennicę na środku przed całą klasą i zapewniała, że będzie tak długo stać, aż przeczyta to, co zostało zadane. Zawstydziała przy tym również dziewczynkę publicznie. Marysia zaczęła dostawać jedynki nie tylko z języka polskiego, ale także z rysunków, pracy-techniki i matematyki. Pojawił się wówczas silny lęk przed szkołą. Miała przerażające sny o treści związanej ze szkołą, zaczęła jąkać się w czasie mówienia, pojawiły się tiki mrugania powiekami. Obecnie Marysia jest w klasie III. Jest nieśmiała, skłonna do płaczu, wywołana do odpowiedzi reaguje silnymi bólami brzucha, nudnościami, czasami czerwieni się i poci. Krytykuje sama wszystko, co zrobi. W rozmowie z psychologiem powiedziała: „najlepiej byłoby gdybym umarła, bo po co się tak męczyć i stale martwić rodziców”.

• Diagnoza pełna

Konieczny jest tu rzeczywisty przypadek dziecka wykazującego zaburzenia zachowania np. na terenie szkoły. W diagnozie pełnej uwzględniamy wszystkie diagnozy cząstkowe:

- diagnozę typologiczną (różnicową),
- diagnozę znaczenia (celowościową),
- diagnozę genetyczną,
- diagnozę fazy,
- diagnozę prognostyczną.

Podjęmujemy się sformułowania szeregu hipotez roboczych w odniesieniu do tego przypadku i postawienia pytań, na które brak nam w tej chwili odpowiedzi.

• Bank technik grupowych

Do sporządzenia „Banku technik grupowych” konieczne będzie wyszukanie w dostępnej literaturze po jednym przykładzie ćwiczenia grupowego, służącego:

- wzajemnemu poznaniu się,
- przełamaniu onieśmienia,
- wyrażaniu życzliwości i otwartości,
- budowaniu zaufania,
- współpracy przy wykonywaniu wspólnych zadań,
- rozwijaniu twórczości,
- integracji i rozwoju grupy,
- budowaniu pozytywnego obrazu własnej osoby,
- aktywnemu słuchaniu,
- doskonaleniu komunikacji,
- rozwojowi empatii i zrozumienia,
- ćwiczeniu zachowań asertywnych,
- zwiększaniu umiejętności rozwiązywania konfliktów,
- odreagowywaniu napięć,
- rozwojowi umiejętności przestrzegania norm grupowych,
- wyrażaniu pozytywnych emocji,
- radzenia sobie ze stresem,
- zwiększaniu poczucia swojej wartości.

Na podstawie zestawu tych ćwiczeń można utworzyć „Bank technik grupowych”, przydatnych na zajęciach socjoterapeutycznych (i nie tylko).

• Patologiczne sekwencje

Biorąc pod uwagę sytuację dziecka w wieku szkolnym, należy uzupełnić według własnej oceny wolne miejsca w poniższej tabeli.

uraz	negatywne myśli	negatywne uczucia	zaburzenie zachowania
brak zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa			
	gdy tylko powiem głośno o swoich potrzebach, inni mnie odrzucą		
		złość	
			agresja wobec rówieśników
			wycofywanie się w kontaktach z rówieśnikami
		lęk	
	coś ze mną jest nie tak		
przemoc fizyczna wobec dziecka			

• Grupy efektywne i nieefektywne

Należy wypełnić poniższą tabelę wpisując cechy grupy pracującej efektywnie i nieefektywnie⁹⁵.

Grupy efektywne	Grupy nieefektywne
Atmosfera jest swobodna, nieskrępowana, uczestnicy są zaangażowani, wykazują zainteresowanie.	
	Rozmawiają tylko jedna lub dwie osoby. Członkowie grupy nie dbają, aby dyskusja toczyła na temat.
Wszyscy rozumieją zadania, które mają wykonać.	
	Członkowie grupy nie słuchają się wzajemnie. Niektóre myśli nie są przez grupę analizowane.
Istnieją różnice zdań. Grupa to aprobuje. Pracuje nad dokonaniem selekcji. Nikt nie jest niezadowolony z podjęcia decyzji.	
	Uczestnicy nie mówią szczerze, co myślą. Krytykują podjęte decyzje.
Wszyscy wiedzą, co czują pozostali odnośnie do dyskutowanego tematu.	
	Nikt nie interesuje się pracą i nie proponuje nikomu pomocy.
Rolę lidera przejmują różne osoby	
	Grupa nie rozmawia na temat własnej pracy czy stojących przed nią problemów. Potrzebuje kogoś, kto będzie się o nią troszczył.

⁹⁵ D. Mc Gregora, za: J.A. Reid, P. Forrestral, J. Cook, *Uczenie się w małych grupach w klasie*, WSiP, Warszawa 1996, s. 57-58.

- **Kodeks etyczny**

Biorąc pod uwagę wymagania, jakie stawia się prowadzącemu zajęcia, należy sporządzić KODEKS ETYCZNY SOCJOTERAPEUTY, uwzględniając wszystkie znane aspekty pracy na tego typu zajęciach. Kodeks powinien być konkretny, jasny i przejrzysty, oraz nie powinien przekroczyć liczby 10 do 15 najistotniejszych punktów.

Bibliografia

- ABC psychologicznej pomocy, (red.) J. Santorski, Wyd. J. Santorski & Co, Warszawa 1993.
- Badawcze kryteria diagnostyczne*, UWM „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 1998.
- Borba M., *Koniec ze złym zachowaniem. 38 trudnych zachowań i sposoby jak im zaradzić*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2003.
- Brudnik E., Moszyńska A., Owczarska B., *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie. Przewodnik po metodach aktywizujących*, SFS, Kielce 2000.
- Chomczyńska-Miliszkievicz M., Pankowska D., *Polubić szkołę. Ćwiczenia grupowe do pracy wychowawczej*, WSiP, Warszawa 1995.
- Corey M.S., Corey G., *Grupy. Zasady i techniki grupowej pomocy psychologicznej*, IPZiT, Warszawa 1995.
- Curwen B., Palmer S., Ruddell P., *Poznawczo-behawioralna terapia krótkoterminowa*, GWP, Gdańsk 2006.
- Czerkawski J., *Moja przygoda z socjoterapią*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 3, 2004.
- Dąbrowska-Jabłońska I. (red.), *Terapia dzieci i młodzieży. Metody i techniki pomocy psychopedagogicznej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Dąbrowska M., Rozesłaniec M., *Korygowanie zaburzeń zachowania dzieci nadpobudliwych psychoruchowo i agresywnych w grupie socjoterapeutycznej*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2006.
- Diagnostic Criteria from DSM-IV*, American Psychiatric Association, Polski Instytut Psychoterapii Krótkoterminowej w Krakowie, Materiały dla uczestników szkolenia.

- Dzieci alkoholików. Jak je rozumieć, jak im pomagać*, Poradnia specjalistyczna dla dzieci i młodzieży ze środowisk zagrożonych alkoholizmem OPTA, (red.) A. Pacewicz, Warszawa 1994.
- Egan G., *Uczestnictwo w grupowym treningu psychologicznym i rozwój interpersonalny*, PTP, Warszawa 1986.
- Egan G., *Kompetentne pomaganie. Model pomocy oparty na procesie rozwiązywania problemów*, Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań 2002.
- Ellis A., *Terapia krótkoterminowa*, GWP, Gdańsk 1998.
- Fengler J., *Pomaganie mężczy. Wypalenie w pracy zawodowej*, GWP, Gdańsk 2000.
- Flemming I., Fritz J., *Zabawy ruchowe*, Wydawnictwo JEDNOŚĆ, Kielce 2001.
- Geldard K., Geldard D., *Jak pracować z dziećciami grupami terapeutycznymi*, GWP, Gdańsk 2005.
- Gelso Ch. J., Hayes J.A., *Relacja terapeutyczna*, GWP, Gdańsk 2004.
- Gilbert M. C., Evans K., *Superwizja w psychoterapii*, GWP, Gdańsk 2004.
- Goleman D., *Inteligencja społeczna*, REBIS, Poznań 2007.
- Górski S., *Psychoterapia w wychowaniu*, IWZZ, Warszawa 1986.
- Grupa bawi się i pracuje. Zbiór grupowych gier i ćwiczeń psychologicznych*, (red.) M. Jachimka, Oficyna Wydawnicza UNUS, 1994.
- Grzesiak E., Janicka-Szyszek R., Stelbecka M., *Komunikacja w szkole. Scenariusze godzin wychowawczych*, GWP, Gdańsk 2005.
- Grzesiuk L., *Spotkania, które leczą*, NK, Warszawa 1987.
- Heaton J.A., *Podstawy umiejętności terapeutycznych*, GWP, Gdańsk 2003.
- Heyne D., Rollings S., *Niechęć do szkoły. Jak pomóc dziecku, które opuszcza lekcje i wagaruje*, GWP, Gdańsk 2004.
- Hillenbrand C., *Pedagogika zaburzeń zachowania*, GWP, Gdańsk 2007.
- Hornby G., Hall E., Hall C., *Nauczyciel wychowawca*, GWP, Gdańsk 2005.
- Jagieła J., *Trudny uczeń w szkole. Krótki przewodnik psychologiczny*, Wydawnictwo RUBIKON, Kraków 2005.
- Jakubowska B., Jakubowski J., Łypacewicz A., Rylke H. (1989), *Ja i inni*, WSiP, Warszawa.

- Janowski A., *Poznanie uczniów. Zdobywanie informacji o pracy wychowawczej*, WSiP, Warszawa 1985.
- Jastrząb J., *Gry i zabawy w terapii pedagogicznej*, MEN, Warszawa 1990.
- Jedliński K. i inni, *Trening interpersonalny*, W.A.B. Warszawa 1997.
- Johnson D.W., *Umiejętności interpersonalne i samorealizacja*, SPP PTP, Warszawa 1985.
- Johnson D.W., *Podaj dłoń*, IPZiT, Warszawa 1992 .
- Jones C., i inni, *Co wolno, a czego nie wolno terapeutycie*, GWP, Gdańsk 2005
- Kaja B., *Zarys terapii dziecka. Metody psychologicznej i pedagogicznej pomocy wspomagającej rozwój dziecka*, WSP, Bydgoszcz 1995.
- Kamińska G., *Terapeutyczna i profilaktyczna działalność świetlicy*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 4, 2002.
- Kazdin A.E., Weisz J.R. (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Kędzierzawska J., *ABC socjoterapii*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 3, 2004.
- King G., *Umiejętności terapeutyczne nauczyciela*, GWP, Gdańsk 2003.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10.*
- Kobiałka A., Strzemieczny J., *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików. Problemy i propozycje*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 5-6, 1989.
- Kottler J.A., *Opór w psychoterapii*, GWP, Gdańsk 2003.
- Kottler J.A., *Skuteczny terapeuta*, GWP, Gdańsk 2003.
- Matyja A., *Metody i techniki stosowane w socjoterapii*, „Publikacje edukacyjne”, nr 4, 2005/2006.
- Miller R., *Socjalizacja-wychowanie-psychoterapia*, PWN, Warszawa 1981.
- Mstowska-Psiuk M., *Propozycje zagadnień i działań wychowawczych w pracy wychowawcy klasowego*, MEN, Warszawa 1993.
- Murgatroyd S., *Poradnictwo i Pomoc*, Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań 2000.

- Pecyna M.B. SJE, *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*, WSiP, Warszawa 1998.
- Pffifner L.J., *Wszystko o ADHD*, Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań 2004.
- Piszczek M., *Terapia zabawą. Terapia przez sztukę*, Centrum Metodyczne Pomocy psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2002.
- Podręcznik pomagania. Podstawy pomocy psychologicznej. Szkoły i kierunki psychoterapii*, (red.) K. Drat-Ruszczak, E. Drażkiewicz-Zielińska, Wydawnictwo SWPS „Akademica”, Warszawa 2005.
- Podstawy terapii grupowej*, (red.) H.S. Bernard., K.R. MacKenzi, GWP, Gdańsk 2000.
- Pomoc nieprofesjonalna i grupy wzajemnej pomocy*, SPP PTP, Warszawa 1987.
- Portmann R., *Gry i zabawy przeciwko agresji*, JEDNOŚĆ, Kielce 1999.
- Psychologia pomocy. Wybrane zagadnienia*, (red.) K. Popiołek UŚ, Katowice 1996.
- Psychologiczne gry i ćwiczenia grupowe*, (red.) M. Wiśniewska, E. Cassidy, IBE, Warszawa 1991.
- Psychoterapia grupowa*, (red.) S. Leder, B.D. Karwański, PZWL, Warszawa 1983.
- Reid J.A., Forrestal P., Cook J., *Uczenie się w małych grupach w klasie*, WSiP, Warszawa 1996.
- Ribner N.G., *Terapia nastolatków*, GWP, Gdańsk 2005.
- Rice W., Yaconelli M., *400 gier i zabaw*, Kraków 1996.
- Rogers B., *Uczniowie w szkole. Rzecz o zachowaniu*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2005.
- Rogers B., *Trudna klasa*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2006.
- Rřine E., *Psychodrama: o tym, jak grać główną rolę w swoim życiu*, Wyd. KONTAKT, Opole 1994.
- Rylke H., Klimowicz G., *Szkoła dla ucznia. Jak uczyć życia z ludźmi*, WSiP, Warszawa 1982.
- Rylke H., *W zgodzie z sobą i z uczniami*, WSiP, Warszawa 1993.
- Rylke H., Tuszewski T., *Powrót do źródeł. O profilaktyce w szkołach*, Oficyna Wydawnicza Nauczycieli, Kielce 2003.

- Sekula B., Pielok C., *Zajęcia warsztatowe dla uczniów szkół ponadpodstawowych*, MEN, Warszawa 1996.
- Sidel S., *Propozycja programu pracy wychowawczej w klasach szkoły podstawowej*, MEN, Warszawa 1993.
- Sikorski W., *Psychoterapia jako czynnik wspomagający w praktyce wychowawczej*, „Opieka – Wychowanie – Terapia” nr 2 (26), 1996.
- Sikorski W., *Bezślowne komunikowanie się w psychoterapii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2002.
- Sobolewska Z., *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć*, OPTA, Warszawa 1993.
- Socjoterapia* (red. Katarzyna Sawicka), CMPP, MEN, Warszawa 1999.
- Strzemieczny J., *Zajęcia socjoterapeutyczne, Materiał szkoleniowy ORUW PTP*, Warszawa 1988.
- Sutton C., *Jak radzić sobie z trudnościami zachowania u dzieci*, Fundacja SYNAPSIS, Warszawa 1992.
- Sztander W., *Rozmowy, które pomagają. Poradnik terapeuty*, IPZ, Warszawa 1997.
- Terapia grupowa w psychoterapii*, (red.) H. Wardaszko-Łysakowska, PZWL, Warszawa 1980.
- Tryjarska B., *Terapia grupowa*, [w:] *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, (red.) L. Grzesiuk PWN, Warszawa 1994, s. 211-244, (rozdz. VI).
- Weston D.Ch, Weston M.S., *Co dzień mądrzejsze. 365 gier i zabaw kształtujące charakter, wrażliwość i inteligencję emocjonalną dziecka*, Prószyński i S-ka, Warszawa 1998.
- Wey B., *Drama w wychowaniu dzieci i młodzieży*, WSiP, Warszawa 1995.
- Włodarski Z., Hankała A., *Jestem człowiekiem i żyję wśród ludzi*, WSiP, Warszawa 1991.
- Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M., *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*, Wydawnictwo Biforium, Lublin 1999.
- Wójcik E., *Metody aktywizujące w pedagogice grup*, RUBIKON, Kraków 2000.
- Verfürth M., *Prowadzenie grup dziecięcych i młodzieżowych*, JEDNOŚĆ, Kielce 2001.
- Vopel K.W., *Poradnik dla prowadzących grupy. Teoria i praktyka zabaw interakcyjnych*, Wyd. JEDNOŚĆ, Kielce 1999.

PREZENTY
dla zamawiających
przez Internet!

www.ksiegarniarubikon.pl

 **Rubikon**
WYDAWNICTWO


ecolife®

 **Rubikon**
KSIĘGARNIA
EDUKACYJNA

KsiegarniaRubikon.pl