

# Socjoterapia w procesie niesienia pomocy dziecku dorastającemu w rodzinie dysfunkcyjnej

---

*Katarzyna Janiszewska*

*Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy*

## Abstract

*Sociotherapy in the process of helping a child growing up in a dysfunctional family*

Katarzyna Janiszewska in the chapter *Sociotherapy in the process of helping a child growing up in a dysfunctional family*, proposes an analysis of sociotherapy as an important concept in social consciousness, which refers to the form of a helping group influence. It is used by educators, teachers, social workers, psychologists and other professions that may be professionally related to sociotherapy. The recipients of sociotherapeutic classes are children and young people from dysfunctional families. The author of the article describes problems in dysfunctional families and gives examples of forms of support for such families. It introduces the roles and competences of a sociotherapist, as a specialist whose skills have a significant impact on the process of sociotherapy. The aim of the chapter is also an attempt to define sociotherapy as a group form of psychological help. Targeted at children and adolescents from dysfunctional families and from the risk group who manifest disorders in psychosocial functioning. In her article, the

---

*Katarzyna Janiszewska*, mgr; absolwentka historii o spec. nauczycielskiej oraz dziennikarstwa i komunikacji społecznej o spec. reklama, promocja i rzecznictwo prasowe na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Studentka studiów podyplomowych na kierunku Resocjalizacja i Socjoterapia. Obszary zainteresowań naukowych i badawczych: pedagogika społeczna, pedagogia, pedagogika specjalna, psychopedagogika, pedagogika opiekuńczo – wychowawcza, pedagogika resocjalizacyjna. Autorka publikacji naukowych dotyczących socjoterapii i resocjalizacji jak również historii polskich stosunków międzynarodowych i dyplomacji.

[kasia\\_janiszewska1@wp.pl](mailto:kasia_janiszewska1@wp.pl)

*Facta Ficta.*

*Journal of Theory, Narrative & Media*

---

OPEN  ACCESS

author discussed the support factors used by the sociotherapist during his classes.

**Keywords:** sociotherapy, dysfunctional family, social maladjustment, therapist, pedagogical and psychological help

Socjoterapia jest istotna w pracy resocjalizacyjno – wychowawczej prowadzonej głównie na terenie ośrodków wspierających dzieci i młodzież pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych jak również wykluczonych społecznie. Stanowi ona formę pomocy pedagogiczno – psychologicznej, skierowanej do dzieci i młodzieży przejawiających trudności w funkcjonowaniu społecznym.

## **Rola socjoterapii**

Pojęcie socjoterapia (łac. socius – towarzysz) 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” (Wardaszko-Łyskowska 1996: 50). W *Leksykonie Psychiatrii* pod redakcją Stanisława Pużyńskiego czytamy, iż socjoterapia to:

[...] metoda uzupełniająca oddziaływanie psychoterapeutyczne, niezbędna składowa działań rehabilitacyjnych. Grupy lub zajęcia socjoterapeutyczne obejmują działania wykorzystujące czynniki społecznego oddziaływania, rozwijające relacje międzyludzkie i umiejętności społeczne oraz sprzyjające integracji w grupach. W tym celu w szpitalach, oddziałach rehabilitacyjnych, ośrodkach dziennych, klubach byłych pacjentów itp. organizuje się wieczorki z tańcami i gramami, wycieczki krajoznawcze, wspólne pobyty w tatrach i kinach, zwiedzanie muzeów, oglądanie przezroczy [...], urządzenie wystaw prac plastycznych pacjentów [...], pełnienie przez nich rozlicznych funkcji, w tym członków samorządów itp. Formy te są nadal niedostatecznie wykorzystywane w wielu instytucjach leczniczych, choć są niezbędne do osiągnięcia podstawowych celów leczniczych u wielu pacjentów, szczególnie przewlekle chorych. Optymalną formą pracy socjoterapeutycznej jest społeczność lecznicza (Pużyński 1993: 454).

W naukach pedagogicznych socjoterapia bywa często utożsamiana z terapią społeczną. Rozpatrywana jest w kategoriach:

[...] metody leczenia zaburzeń psychicznych polegającą na wykorzystywaniu oddziaływań natury społecznej; jej celem może być sam chory (np. jego nieumiejętność współdziałania z otoczeniem) lub układy społeczne, które go otaczają (np. rodzina, społeczność lokalna), jeżeli przez swą dysfunkcjonalność wyzwalają, potęgują lub utrwalają objawy choroby. Udział socjoterapii w planie leczenia może być różny np.: czasami stara się ona poszerzyć dostępny choremu zakres umiejętności społecznych (terapia pracą zajęciową), czasem modyfikować otaczające go układy – praca z rodziną (Milerski 2000:204).

Zofia Sobolewska przyjmuje, iż socjoterapia stawia przed sobą następujące cele:

- 1) edukacyjne – zapoznanie dzieci z zagadnieniami, które ułatwią funkcjonowanie społeczne oraz radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i problemami. Jest to również nauka rozwiązywania konfliktów, nazywania i wyrażania własnych emocji i pełnienie ról społecznych. Umiejętności te odnoszą się do procesu nabywania wiedzy, którą będzie można wykorzystywać w praktyce;
- 2) terapeutyczne – dostarczenie wzorców pożądanых reakcji umożliwiających wypróbowanie i wyćwiczenie nowych konstruktywnych zachowań oraz odreagowanie napięć emocjonalnych;
- 3) rozwojowe – wynikają z zadań rozwojowych związanych z wiekiem uczestników. Wiążą się z realizacją następujących potrzeb: aktywności ruchowej, ciekawości poznawczej, kontaktu z rówieśnikami, twórczości, zabawy, kształtowania poczucia własnej tożsamości oraz rozwijania zainteresowań. Działania te umożliwiają radzenie sobie z zadaniami i kryzysami rozwojowymi przypadającymi na poszczególne etapy rozwoju dzieci i młodzieży (Sawicka 1999: 23-25).

Wśród prezentowanych w literaturze przedmiotu definicji można znaleźć ujmowanie socjoterapii jako:

- metody leczenia,
- metody korygowania zaburzeń zachowania i niektórych zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży, która wykorzystuje oddziaływania społeczne i środowiskowe (Strzemieczny 1993: 54).
- procesu korekcyjnego o charakterze leczniczym, który polega na celowym stwarzaniu dzieciom i młodzieży warunków (doświadczeń społecznych) umożliwiających pojawienie się procesu socjoterapeutycznego, obejmującego zmianę sądów o rzeczywistości, sposobów zachowań i odreagowanie emocjonalne,

– formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej, która wykorzystuje w teorii i w praktyce wybrane elementy psychoterapii, treningu interpersonalnego i psychoedukacji (Sobolewska 1993: 86).

Standardy kwalifikacji zawodowych Sekcji Socjoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego określają, że do profesjonalnego wykonywania obowiązków socjoterapeuty niezbędne są:

– postawa prospołeczna i predyspozycje osobowe, czyli zaangażowanie w sprawy dzieci i młodzieży, otwartość, szacunek do ludzi, gotowość do pracy zespołowej, zrównoważenie emocjonalne, empatia, gotowość do samorozwoju i kształcenia, brak uprzedzeń etnicznych, religijnych, kulturowych i rasowych, świadomość własnych emocji i swoich słabych i mocnych stron;

– kompetencje merytoryczne, tj. wykształcenie wyższe w stopniu magistra, wiedza z zakresy psychologii osobowości, pedagogiki, przyczyn i symptomów zaburzeń w zachowaniu dzieci i młodzieży, komunikacji międzyludzkiej, procesu grupowego, teorii socjoterapii, mechanizmów uzależnień oraz edukacyjnej, prawnej, zawodowej i socjalnej struktury pomocy dziecku i jego rodzinie,

– umiejętności w zakresie diagnozowania socjoterapeutycznego, projektowania, planowania i realizowania zajęć z grupą, a także dokonywanie wglądu we własne motywy i emocje zachowań oraz budowania relacji z innymi, zarządzania konfliktem i współpracy w zespole (Sekcja Socjoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 2022).

## Dziecko w rodzinie dysfunkcyjnej

Rodzina jest podstawowym a zarazem najważniejszym środowiskiem w życiu człowieka. W rodzinie dziecko nabywa wiedzę o samym sobie i uczy się życia w środowisku zewnętrznym. Obserwując zachowania rodziców i rodzeństwa nabywa elementarne zasady reagowania wobec określonych wydarzeń i osób. Rodzina ma za zadanie zaspokojenie podstawowej potrzeby miłości, bezpieczeństwa i akceptacji. Potrzeba akceptacji wyraża się w przyjęciu dziecka takim jakim ono jest. Dziecko akceptowane zwiększa swoje poczucie bezpieczeństwa. Akceptacja jest fundamentem poczucia własnej wartości. Dziecko czuje, że jest akceptowane gdy rodzic docenia zaangażowanie, intencję i włożony wysiłek, a nie tylko rezultaty starań dziecka. Dostrzega i szanuje dziecięce potrzeby, indywidualności, pojawiające się emocje oraz unika porównywania. Potrzeba miłości wynika z pragnienia bycia kochanym. Zaś potrzeba bezpieczeństwa, przejawia się poprzez poczucie przez dziecko stałości.

Rodziny, które nie potrafią wypełniać należycie swoich funkcji, nazywamy rodzinami dysfunkcyjnymi. W każdej rodzinie dzieci powinny mieć zapewnioną przez rodziców ochronę w sferze intelektualnej, emocjonalnej, duchowej, fizycznej i seksualnej. Pojęcie rodziny dysfunkcyjnej w sposób prosty, ale niezwykle precyzyjny określa (Kawula 2006: 45). Charakteryzuje ją jako tę grupę członków, która nie potrafi dostatecznie dobrze wypełniać swoich funkcji rodzicielskich, a więc taką, która nie potrafi sprostać swoim obowiązkom i zadaniom względem swoich dzieci i innych członków rodziny oraz pomyślnie rozwiązywać swoich procesów i sytuacji kryzysowych. Arkadiusz Przybyłka określa rodzinę dysfunkcyjną jako taką, w której życie społeczne jest regulowane przez zbiór powszechnie odrzuconych wartości, norm i wzorów zachowań, stanowiących przedmiot transmisji międzypokoleniowej w toku procesów socjalizacyjnych, przyczyniając się tym samym do pogłębiania nieprzystosowania społecznego dzieci w tym uczestniczących oraz zaburzenia wszystkich relacji i komunikacji grupowej. Słusznie Arkadiusz Przybyłka sugeruje, że rodzina dysfunkcyjna z jednej strony nie wypełnia zadań socjalizacyjnych w swej działalności opiekuńczo-wychowawczej w stosunku do swych dzieci. Z drugiej strony zwraca uwagę na fakt, że patologia społecznych wartości oraz uznawanych norm i wzorów zachowań, realizowanych w rodzinie powoduje niedostosowanie społeczne młodego pokolenia (Przybyłka 1999:54).

### Przejawy zachowań rodziny dysfunkcyjnej

Rodzina jako grupa społeczna nie pozostaje zamkniętą na wpływy zewnętrznych uwarunkowań społecznych, ekonomicznych i aksjologicznych. Dlatego też przyczyny dysfunkcjonalności rodziny należy doszukiwać się w dwóch grupach uwarunkowań. Do przyczyn dysfunkcjonalności tkwiących w środowisku rodzinnym należy zaliczyć:

- a) niewydolność opiekuńczo-wychowawczą rodziny,
- b) konflikty w rodzinie,
- c) traumatyczna atmosfera życia domowego,
- d) rozbitcie struktury rodzinnej,
- e) alkoholizm jednego bądź obojga rodziców,
- f) hazard,
- g) przemoc seksualna wobec dzieci,
- h) uzależnienie narkotykowe u rodziców,
- i) niska kultura pedagogiczna rodziców,
- j) ubóstwo materialne rodziny,
- k) przestępczość rodziców,
- l) rozluźnienie, bądź brak więzi emocjonalnej w rodzinie,
- m) negatywne postawy rodzicielskie.

Drugą grupę stanowią przyczyny związane ze zjawiskami makrostruktury społecznej. Należą do nich:

- a) degradacja wartości społecznych,
- b) bezrobocie,
- c) wzrost tolerancji i dewaluacji norm społecznych,
- d) rozpad więzi społecznych,
- e) konflikty społeczne,
- f) niski poziom kultury pedagogicznej społeczeństwa.

Wszystkie dzieci rodzą się z pięcioma charakterystycznymi dla istoty ludzkiej cechami, takimi jak: niedojrzałość, zależność, cennaść, bezradność i niedoskonałość. W rodzinach dysfunkcyjnych rodzice nie reagują właściwie na wrodzone cechy dziecka. Nie wspierają go i nie chronią, ignorują bądź atakują za to, że nie posiada takich cech charakteru i zachowań jakie są przez nich oczekiwane.

Norman Wright do zjawisk świadczących o dysfunkcjonalności rodziny zalicza:

1. Nadużycia – które są typową cechą źle funkcjonującej rodziny, mogą mieć charakter krzywdy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej, jak również poważnych zaniedbań w tych dziedzinach. Przykładami takiego postępowania są: systematyczne zrzucanie winy na dziecko, zniekształcanie rzeczywistości, postawa nadopiekuńcza, oraz obarczanie innych winą za kłopoty dziecka.

2. Perfekcjonizm – rzadko uważa się za symptom nieprawidłowości, niemniej jednak jest on częstą przyczyną problemów rodzinnych. Rodzic, jako perfekcjonista komunikuje dzieciom swoje zasady i wymagania poprzez reprimendy i karcenie, gniewanie, przeszywające spojrzenia itd. W życiu codziennym kieruje się słowami: musisz, powinienes, nie wolno. Słowa te, to narzędzia służące do wzmagania poczucia winy i osłabiania ambicji.

3. Rygoryzm – w rodzinie obowiązują niezłomne zasady, rygorystyczny tryb życia oraz taki sam system poglądów na świat. Życie składa się z przymusu, rutyny, dokładnie uregulowanych sytuacji, kontrolowanych znajomości i fałszywych sądów. Radość, niespodzianki i spontaniczność nie mają prawa zaistnieć.

4. Milczenie – rodzina dysfunkcyjna przestrzega tak zwanej reguły knebla. Żadne rozmowy nie mogą odbywać się poza obrębem własnych czterech ścian. Dzieciom nie wolno nikogo prosić o pomoc ani zwierzać się komukolwiek na temat problemów.

5. Represyjność – polega na tłumieniu i opanowywaniu emocji. Emocje to bardzo ważny element ludzkiej psychiki. Pomagają nam nie tylko właściwie odczytać smutki i radości, ale i odpowiednio na nie reagować. Tłumienie uczuć to życie w zakłamaniu. W prawidłowo funkcjonującej rodzinie ludzie potrafią rozpoznać uczucia, wyrażać je i dzielić się nimi z innymi.

6. Triangulacja – termin ten w tym kontekście odnosi się do sposobu rodzinnego porozumiewania. O triangulacji mówimy wówczas, gdy dwaj członkowie rodziny używają trzeciego w charakterze pośrednika. Dziecko w takiej sytuacji wciągane jest w sprawy, w których nie powinno uczestniczyć. Zaczyna odpowiadać za winy niepopelnione, doświadczać uczuć przedwcześnie obciążających jego wrażliwą psychikę.

7. Podwójne komunikaty – występują wówczas, gdy komunikatowi werbalnemu przeczy komunikat niewerbalny.

8. Niedostatek zabawy – źle funkcjonująca rodzina z reguły nie potrafi się odprężyć, bawić i cieszyć.

9. Cierpiętnictwo – rodzina dysfunkcyjna wykazuje wysoką odporność na ból i zniewagi. Dzieci wciąż wysłuchują rodzicielskich kazań o potrzebie poświęcania się dla innych nie bacząc na własne koszty.

10. Wzajemne uwikłania – członkowie źle funkcjonującej rodziny są emocjonalnie uwikłani w swoje problemy. Rozmywiają się indywidualności, zacierają kontury psychiki jednostek. Kłopoty rodziców stają się kłopotami dzieci. Nikt tu nie myśli sam w swojej odpowiedzialności, nikt nie odczuwa za siebie.

Innym przypadkiem niefortunnego wkładu rodziców w funkcjonowanie rodziny jest brak troski o dziecko. Równa się to opuszczeniu bezbronnej i niezaradnej osoby. Opuszczenie może przybierać różne formy. Mamy z nim do czynienia wtedy, gdy jedno lub dwoje rodziców: porzuca dziecko fizycznie, nie okazuje mu uczuć, nie przyjmuje dziecięcych objawów miłości, dopuszcza się nadużyć w sferze fizycznej, seksualnej, emocjonalnej bądź duchowej, nie zaspakaja właściwej dla każdej fazy rozwoju potrzeby opieki i oparcia, czyni z dziecka obiekt zastępczy, służący do zaspokajania własnej niespełnionej potrzeby emocjonalnego oparcia się na kimś. Wykorzystuje dziecko do zaspokojenia istniejących w związku małżeńskim potrzeb, dopuszcza się czynów bezwzględnych, dodatkowo ukrywając te czyny przed ludźmi a dziecko musi mu w tym pomagać. Nie poświęca dziecku czasu ani uwagi, nie zajmuje się jego wychowaniem (Wright 1996: 125).

W rodzinach dysfunkcyjnych, często zdarzają się przypadki gdy dzieci odgrywają role, po to aby zyskać względy rodziców:

- a) Bohaterka – dzięki jej dokonaniom i sukcesom rodzina zdobywa uznanie i rozgłos;
- b) Manipulatorka – często odgrywa rolę osoby słabej, schorowanej tylko po to, aby zdobyć to co założyła sobie za cel;
- c) Stabilizatorka – boi się a zarazem dba o to aby w rodzinie nie dochodziło do konfliktów z powodu których członek rodziny mógłby ją opuścić;
- d) Kozioł ofiarny – pozornie niczym się nie przejmuje, w rzeczywistości jest najwrażliwszą jednostką spośród całej rodziny;



- e) Krytykantka – to osoba, która bardzo często narzeka i jej złośliwa w stosunku do innych członków rodziny, wypominając im wszelkie błędy;
- f) Samotnica – odizolowuje się przed panującym napięciem w domu poprzez separacje emocjonalna i fizyczna;
- g) Maskotka – osoba, która zazwyczaj pełni rolę rodzinnego błazna. Charakteryzuje się dużym poczuciem humoru, jest skłonna do zabaw, tym samym rozładowując napięcie i ukrywając cierpienie wynikające z sytuacji rodzinnej;
- h) Świątoszka – osoba z którą rodzina wiąże największe oczekiwania na przyszłość. Za wszelką cenę pragną, aby dziecko zaangażowało się w działalność misji chrześcijańskiej i przynależało do instytucji o charakterze religijno – społecznym;
- i) Robotnica – dziecko, które posiada bardzo rozwinięte poczucie obowiązku, często dźwiga na swych barkach ciężar prowadzenia domu;
- j) Mały mężczyzna mamusi/ mała księżniczka tatusia – dziecko pełni namiastkę roli męża lub żony dla drugiego rodzica.

Z postawami rodzicielskimi łączą się typy osobowości rodziców. Do grup postaw niewłaściwych zaliczamy:

a) nadmiernie ochraniająca – rodzic traktuje dziecko jak osobę bez przerwy wymagającą opieki. Nie wierzy, że dziecko będzie potrafiło samodzielnie zmierzyć się z jakąkolwiek trudnością. Rodzic nie uświadamia sobie, że dziecko ma potrzebę autonomii, zaś przejawy niezależności w postępowaniu dziecka przyjmuje z obawą. Konsekwencją tego jest bierność dziecka, opóźniony rozwój emocjonalny i społeczny, brak inicjatywy i różnorodne lęki lub postawa silnie roszczeniowa, bezkrytyczne spojrzenie na samego siebie, niezdrowy egoizm (Pecyna 1998:35-37)

b) postawa nadmiernie wymagająca – rodzic chce ukształtować dziecko według ściśle określonego i dokładnie zaplanowanego własnego wzorca. Stawia dziecku wygórowane wymagania, nie liczy się z jego rzeczywistymi możliwościami i zdolnościami ani jego autonomią. Rodzic uważa się za autorytet we wszystkich sprawach, nie toleruje sprzeciwu;

c) postawa niekonsekwentna – rodzicielski stosunek do dziecka uzależniony jest od samopoczucia. Brak stabilności w postępowaniu rodzica powoduje, że dziecko czuje się niepewnie, nie wie czego może się po nim spodziewać (to co wczoraj zakazane, dzisiaj jest dozwolone), nie ma oparcia w rodzicach. Z tego powodu dystansuje się emocjonalnie od rodziców, zataja problemy, niechętnie się zwierza. Próbuje szukać wsparcia czy stabilności emocjonalnej w poza rodzicielskich relacjach;

d) postawa odtrącająca – cechuje się nadmierną wrogością rodzica w stosunku do dziecka, stosowaniem częstych kar, agresywnością werbalną i fizyczną. Rodzice opiekę nad takim dzieckiem traktują jak odrażającą i przekraczającą ich siły (Ziemska 2009: 64-66).

Irena Obuchowska wyodrębniła kilka typów osobowości matek i ojców będących przyczyną negatywnego funkcjonowania dziecka (tabela 1).

TYP OSOBOWOŚCI	CECHY CHARAKTERYSTYCZNE
Matka nieszczęśliwa	Kobieta zgorzkniała, smutna, zawiedziona swoim życiem małżeńskim. Bardzo często swoje uczucia i żal wyładowuje na dziecku. Niekiedy odrzuca własne dziecko, gdy jest podobne do ojca.
Matka lękowa	Matka, która jest nadmiernie opiekuńcza. Chroni dziecko przed wszelkimi problemami, albo rozwiązuje je sama. Nie docenia zaradności dziecka. Chroni je przed rówieśnikami.
Matka niezrównoważona	Jej przemęczenie wynikające z wykonywania codziennych obowiązków domowych i pracą zawodową, często doprowadza ją do wybuchowości, krzyku, drażliwości i brakiem cierpliwości w stosunku do dziecka.
Matka autokratyczna	Wymaga od dziecka bezwzględного podporządkowania, bezustannie nim steruje. Poprzez takie zachowanie, wywołuje u swojego dziecka strach.
Matka niekochająca	Nie troszczy się o dziecko, nie poświęca mu swojej uwagi, czasu, wywołując u dziecka brak poczucia bezpieczeństwa.
Ojciec nieobecny	Brak zainteresowania ojca sprawami dziecka lub gdy autorytet ojca sprowadzany jest do minimum, wobec dojmującej matki.
Ojciec groźny	Utajona nienawiść i wrogość w stosunku do własnych dzieci,
Ojciec surowy	Nadmiernie egzekwuje wymagania w stosunku do swoich dzieci.

Tabela 1. Typy osobowości matki i ojca będących przyczyną negatywnego funkcjonowania dziecka. Źródło: Obuchowska (1996).

Odbiorcami zajęć socjoterapeutycznych są dzieci i młodzież pochodzące z rodzin pod jakimś względem dysfunkcyjnych, w których np. pojawia się przemoc fizyczna i/lub psychiczna, nadużycia wobec ich członków, uzależnienia, kłótnie rodziców, brak więzi emocjonalnej pomiędzy członkami, brak czasu dla siebie, niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb. Odczuwanie trudnych i przykrych doświadczeń rodzinnych nierzadko prowadzi do prezentowania zachowań nieadaptacyjnych. Stąd wśród młodzieży kierowanej

na socjoterapię przeważają osoby z powtarzalnymi i utrzymującymi się zachowaniami zaliczonymi do objawów zaburzeń socjalizacyjnych. Wśród antyspołecznych, aspołecznych i destruktywnych działań pojawiają się: trudności szkolne, absencja szkolna, zażywanie środków psychoaktywnych, agresja fizyczna i werbalna, autoagresja, brak umiejętności w nawiązywaniu, podtrzymywaniu i rozwijaniu prawidłowych kontaktów z rówieśnikami i dorosłymi, kradzieże, nietypowe dla wieku zachowania seksualne oraz członkostwo w dysfunkcjonalnych, nieformalnych grupach młodzieżowych (Sawicka 199: 9-29). Prawidłowo zaplanowany i przeprowadzony proces diagnostyczny pozwala na dokonanie oceny funkcjonowania dziecka oraz przygotowanie na tej podstawie odpowiedniego wsparcia, polegającego na zorganizowaniu działań środowiska w którym dziecko funkcjonuje oraz zapewnieniu mu zindywidualizowanych i stymulujących określone obszary funkcjonowanie działań terapeutycznych. Taka diagnoza powinna mieć charakter ciągły, który umożliwi rozpoznanie i zaklasyfikowanie do określonej grupy zaburzeń i dysfunkcji rozwojowych występujących u dziecka. Diagnoza ma również za zadanie ułatwić bieżącą ocenę czynionych przez dziecko postępów lub ich regres. Każdy socjoterapeuta posiada własny styl prowadzenia grupy. Wiedza jak również umiejętności socjoterapeuty w istotny sposób wpływają na proces socjoterapeutyczny. Efektywny i skuteczny socjoterapeuta potrafi wcielić w życie zasady profesjonalnej pomocy psychologicznej. Podmiotem oddziaływań w pracy socjoterapeuty jest mała grupa społeczna w której poprzez wymianę myśli, doświadczeń, odczuć a co najważniejsze kontakt z drugim człowiekiem, zachodzi proces rozwoju, uczenia się i korygowania negatywnych zachowań. Odpowiednia częstotliwość spotkań umożliwia osiągnięcie założonych celów socjoterapii. Najczęściej zajęcia trwają około dwóch godzin i odbywają się dwa razy w tygodniu przez okres jednego roku szkolnego. Aby proces socjoterapii przebiegał sprawnie, przy jednoczesnym zapewnieniu dyscypliny i przestrzegania norm, istotnym jest aby grupa liczyła od ośmiu do szesnastu członków. Potencjalni uczestnicy zajęć socjoterapeutycznych powinni być wstępnie zdiagnozowani i poddanie ocenie pod względem celowości ich udziału w takich zajęciach. Treści, metody pracy z dzieckiem i techniki ich realizacji powinny być powiązane z wiekiem uczestników i etapem rozwojowym grupy. Konstruując scenariusze zajęć dla dzieci w wieku wczesnoszkolnym, należy uwzględnić potrzebę ich aktywności ruchowej, zabawy, twórczości, zdobywania wiedzy o świecie, wsparcia ze strony dorosłych i wspólnej grupowej aktywności. Heterogeniczność poszczególnych formy zaburzeń zachowania, z jednej strony dzieci zahamowane, zamknięte w sobie a z drugiej dzieci nadpobudliwe ułatwia i dynamizuje prowadzenia zajęć, daje większą szansę na wzajemne zrozumienie i pozwala przeciwdziałać

negatywnym formą zachowań, takich jak wycofanie lub agresja fizyczna bądź słowna. Dzięki pracy w grupie można dostrzec podobieństwa z innymi, co zapobiega społecznej izolacji. Praca w grupie podczas zajęć socjoterapeutycznych przyczynia się zmian zachowania ich uczestników, bowiem grupa bardziej zachęca do zmian zachowań niż czyniłby to pojedynczy terapeuta. Grupa rówieśnicza jest naturalnym środowiskiem edukacji oraz rozwoju dzieci i młodzieży. Daje poczucie przynależności, uczucia bardzo często nieobecnego a pożądanego przez uczestników tego typu zajęć. Trudno też uczyć oczekiwanych zachowań społecznych w pojedynkę.

Proces socjoterapii może być podstawą oraz warunkiem do dalszej pracy terapeutycznej. Socjoterapia niesie ze sobą możliwość uruchomienia procesu terapeutycznego, który trwa nadal pomimo zakończenia sesji terapeutycznych. Daje możliwość czynnego wpływania na realizację potrzeb dzieci i młodzieży poprzez zmianę grupy socjoterapeutycznej na grupę wsparcia, która realizuje inne cele. Okazuje się również, że po zakończeniu zajęć socjoterapeutycznych ich uczestnicy nadal pozostawali ze sobą w kontakcie. Wspólnie spędzają czas wolny, mają wspólne pasję i zainteresowania a co najważniejsze wspierają się i pomagają sobie wzajemnie.

### **Proces przeprowadzania sesji terapeutycznych**

Powstająca grupa socjoterapeutyczna rozwija się i zmienia, przechodząc przez kilka cykli przemian zwanych procesem grupowym. Każda grupa stwarza zamknięty system własnych ról i norm. W pewnym sensie grupa staje się jakby rodziną – pojawia się szczególna więź gwarantująca wsparcie, akceptację i normalizację przeżyć. Uczestnicy zajęć, oczekują że będą dzielić się swoimi problemami. To cierpienie dzielone z innymi jest kluczowym elementem w rozwoju spójności grupy, co z kolei pozwala jej członkom podejmować ryzyko wyrażania zazwyczaj skrywanych emocji. Atmosfera grupy redukuje potrzebę konwencjonalnej kontroli nad emocjami i uznaje wartość ekspresji silnych afektów, takich jak złość, ból, strach oraz smutek. Jednym z mechanizmów zmiany, wspólnym dla wszystkich grup, jest pojawienie się zdolności uczestników grupy do porównywania swoich przeżyć i reakcji. Poprzez obserwowanie i modelowanie innych, członkowie grupy mogą nauczyć się nowych sposobów postrzegania, myślenia i odczuwania swoich problemów. Szczegółowy przebieg poszczególnych etapów fazy procesu grupowego oraz opis zachowania jego uczestników został zaprezentowany poniżej (tabela 2).

FAZA PROCESU GRUPOWEGO	CHARAKTERYSTYKA ZACHOWAŃ UCZESTNIKÓW PROCESU GRUPOWEGO	ROLA SOCJOTERAPEUTY
Faza orientacji (rozeznania, kształtowania) – przypomina okres dzieciństwa	Oczekują od socjoterapeuty określenia celów, reguł i działań podczas spotkań. Czują się zagubieni, zależni od terapeuty. Nie wiedzą czego mogą się spodziewać podczas zajęć. Nie odkrywają prawdziwego „ja”, odpowiadają powierzchownie na zadawane pytania. Mają obawy, że nie zostaną pozytywnie odebrani i zaakceptowani przez grupę.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pełni rolę gospodarza, wita się ze wszystkimi i wspiera grupa,</li> <li>– kieruje zespołem w procesie tworzenia norm oraz nawiązuje kontrakt grupowy,</li> <li>– określa swoje oczekiwania,</li> <li>– wyznacza procedury oraz określa granicę – co jest dozwolone a co nie,</li> <li>– konsoliduje grupę poprzez dokładniejsze poznanie się uczestników zajęć.</li> </ul>
Faza ścierania (różnicowania, konfliktu) – przypomina okres dorastania	Dominuje opór wobec wymagań prowadzącego zajęcia. Jest on surowo oceniany, krytykowany a jego autorytet podważany. Dochodzi do prób pokazania „kto tu rządzi”. Członkowie walczą o własną pozycję w grupie. Pojawia się sprzeciw wobec aktywności zadaniowej i wymagań stawianych przez socjoterapeutę.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– omawia proces współpracy i często odwołuje się do kontraktu,</li> <li>– swoją podstawą uczy i wspiera,</li> <li>– drobne problemy pozwala rozwiązać uczestnikom zajęć, wzmacniać tym samym ich samodzielność,</li> <li>– ataki kierowane w jego stronę przez uczestników socjoterapii, odpieira dzięki nabytym umiejętnościom i technikom radzenia sobie w sytuacjach trudnych i stresujących.</li> </ul>

Faza normowania (tworzenia standardów)	W aktywności grupy, widać początki planowania i współpracy. Pozycja socjoterapeuty ustala się, zaczyna być traktowany przez uczestników sesji jako partner, z którym łączy ich obustronna współodpowiedzialność i wzajemna zależność za podejmowane podczas zajęć działania. W grupie zaczyna dominować wzajemne wsparcie i pojawia się poczucie tożsamości.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wzmacnia współpracę poprzez promowanie wspólnego podejmowania decyzji przez grupę,</li> <li>– stosuje techniki pracy skoncentrowane na rolach, rozwijające umiejętności budowania relacji i współpracy wśród uczestników zajęć.</li> </ul>
Faza działania (współpracy, zdrowej rywalizacji)	Socjoterapeuta dla członków grupy jest partnerem, współdziałają z nim. Członkowie sesji całą swoją uwagę skupiają na wykonywaniu powierzonych im zadań i doświadczają sukcesów podczas ich realizacji. Otwarcie mówią o swoich uczuciach. Problemy interpersonalne zostały rozwiązane, panuje wzajemnie zaufanie i wiara w powodzenie realizowanych działań.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wzmacnia aktywną komunikację i wyrażanie uczuć,</li> <li>– deleguje odpowiedzialność za wykonanie zadania na grupę,</li> <li>– udziela informacji zwrotnych – nagradza albo karanie łączy z koniecznością zadośćuczynienia za wyrządzone szkody.</li> </ul>
Faza zakończenia (separacji, zmiany)	Z jednej strony u uczestników pojawia się poczucie satysfakcji z przeżytych spotkań, pracy i radość z osiągniętych celów. Z drugiej zaś żal, zagubienie, smutek i niepewność co się z nimi stanie w przyszłości. Jak odnajdą się w nowej rzeczywistości, bez dotychczasowego oparcia jakie otrzymywali podczas zajęć.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– podejmuje temat rozstania,</li> <li>– podaje przesłanie na przyszłość,</li> <li>– umożliwia wymianę kontaktów,</li> <li>– informuje o możliwościach współpracy w przyszłości,</li> <li>– wspólnie z grupą omawia cały przebieg zajęć, podsumowuje osiągnięcia i udziela każdemu uczestnikowi pozytywnych informacji zwrotnych na temat jego osobowości i aktywności na zajęciach.</li> </ul>

Tabela 2. Fazy procesu grupowego podczas zajęć socjoterapeutycznych. Źródło: Grudziwska (2019).

Socjoterapia dostarcza uczestnikom zajęć wzory zachowań zgodnych z zasadami współżycia społecznego oraz umożliwia ich wypróbowanie i przećwiczenie. Dodatkowo, zajęcia socjoterapeutyczne stwarzają nieletnim warunki do odreagowania napięć emocjonalnych, zdobywania wiedzy i umiejętności z zakresu radzenia sobie z problemami czy też w sytuacjach konfliktowych. Kształtują asertywność, umiejętność poproszenia o pomoc oraz wyrażanie emocji. Nadrzędnym zadaniem terapeuty w pracy z grupą jest poprowadzenie jej do osiągnięcia zaplanowanych celów. Powinien zatem przede wszystkim zapewnić bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne uczestnikom zajęć socjoterapeutycznych oraz stworzyć warunki do efektywnej pracy.

## Źródła cytowań

- GROCHOCIŃSKA, RITA (2000), *Przemoc wobec dziecka w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- GRUDZIEWSKA, EWA (2017), *Socjoterapia w pracy z dziećmi i młodzieżą. Programy zajęć, część III*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- GRUDZIEWSKA, EWA (2019), *Socjoterapia w pracy z dziećmi i młodzieżą. Programy zajęć, część IV*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- GULLA, BOŻENA, MAŁGORZATA WYSOCKA-PLECYK (2009), *Dziecko jako ofiara przemocy*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- JANKOWIAK, BARBARA, EMILIA SOROKO (2021), *Socjoterapia młodzieży. Studium psychologiczno – pedagogiczne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- KAŁKA, IZABELA (2007), *Dzieci krzywdzone i wykorzystywane seksualnie: poradnik dla nauczycieli, pedagogów i pracowników socjalnych*, Sosnowiec: Wydawnictwo Projekt-Kom.
- KAWULA, STANISŁAW (2006), *Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych*, Toruń: Społeczna Akademia Nauk, s. 45.
- KOTLENGA, ANITA, MAŁGORZATA KOWALCZYK, DANUTA MACKOJĆ (2019), *Nowe perspektywy rozwoju pedagogiki resocjalizacyjnej*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- KWIECIŃSKI, ZBIGNIEW, BOGUSŁAW ŚLIWERSKI (2011), *Pedagogika. Podręcznik akademicki, tom II*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- MAZUR, JADWIGA (2002), *Przemoc w rodzinie: teoria i rzeczywistość*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- MILERSKI, BOGUSŁAW, BOGUSŁAW ŚLIWERSKI (2000), *Pedagogika. Leksykon PWN*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 204.
- OBUCHOWSKA, IRENA (1996), *Drogi dorastania: psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*, Warszawa: WSiP.
- OPORA, ROBERT (2019), *Terapia grupowa w resocjalizacji osób niedostosowanych społecznie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- PECYNA, MARIA (1998), *Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej*, Warszawa: WSiP, ss. 35 – 37.
- POSPISZYŁ, IRENA (1993), *Przemoc w rodzinie*, Warszawa: WSiP.
- PRZYBYŁKA, ARKADIUSZ (1999), *Dysfunkcja rodziny w okresie transformacji ustrojowej*, Katowice: Wydawnictwo Polityka społeczna wobec reform, s. 54.
- PUŻYŃSKI, STANISŁAW (1993), *Leksykon psychiatrii*, Warszawa: Wydawnictwo Państwowy Zakład wydawnictw Lekarskich, s. 454.



- SAWICKA, KATARZYNA (1999), *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, ss. 23-25.
- SOBOLEWSKA, ZOFIA (1993), *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży. Zasady projektowania zajęć*, Warszawa: OPTA, s. 86.
- SEKCJA SOCJOTERAPII POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHOLOGICZNEGO, *Standardy kwalifikacji zawodowych socjoterapeuty*, online: [www.ptp.org.pl/teksty/socjoterapia/standardy\\_socjoterapii/.doc](http://www.ptp.org.pl/teksty/socjoterapia/standardy_socjoterapii/.doc) [dostęp: 12.02.2022].
- STRZEMIECZNY, JACEK (1993), *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży*, Warszawa: PTP.
- WARSDASZKO-ŁYSKOWSKA HALINA (1996), *Analiza roli socjoterapii we współczesnej psychiatrii*, Warszawa: PZWL.
- WRIGHT, NORMAN (1996), *Tatusiowa córeczka, czyli o niezwykłym wpływie ojca na osobowość córki*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza Vocatio, s. 125.
- ZIEMSKA, MARIA (2009), *Postawy rodzicielskie*, Warszawa: Wydawnictwo Wiedza Powszechna.