

Joanna M. Łukasik

Instytut Nauk o Wychowaniu

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Paulina Koperna

Socjoterapia jako metoda pracy z dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym

Sociotherapy as a method of working with children in families with alcohol problem

Abstract: In the following article we are focused on the specificity of socio-therapeutic working in relation to the children in families with alcohol problem. We present the essence of sociotherapy and socio-therapeutic process in context of its main purposes and assumptions.

Key words: sociotherapy, child in the family with alcohol problems

„Dzisiejsze nieśmiałe dziecko, to to, z którego wczoraj się śmialiśmy.

Dzisiejsze okrutne dziecko, to to, które wczoraj biliśmy.

Dzisiejsze dziecko, które oszukuje, to to, w które wczoraj nie wierzyliśmy.

Dzisiejsze zbuntowane dziecko, to to, nad którym się wczoraj znęcaliśmy.

Dzisiejsze zakochane dziecko, to to, które wczoraj pieściliśmy.

Dzisiejsze roztropne dziecko, to to, któremu wczoraj dodawaliśmy otuchy.

Dzisiejsze serdeczne dziecko, to to, któremu wczoraj okazywaliśmy miłość.

Dzisiejsze mądre dziecko, to to, które wczoraj wychowaliśmy.

Dzisiejsze wyrozumiałe dziecko, to to, któremu wczoraj przebaczyliśmy.

Dzisiejszy człowiek, który żyje miłością i pięknem, to dziecko,
które wczoraj żyło radością”.

Ronald Russell

Przytoczone powyżej słowa R. Russella wskazują na wartość konstruktywnych oraz konsekwencje destrukcyjnych relacji interpersonalnych między dorosłymi a dziećmi dla życia i rozwoju tych drugich. Wskazują na istotę kontaktów osób dorosłych z dzieckiem w kształtowaniu osobowości młodego człowieka.

Człowiek, jako istota społeczna, na różnych etapach swojego życia wchodzi w relacje różnymi osobami. Przez doświadczenie i interakcje międzyludzkie uczy się egzystować w świecie, dostosowywać do panujących w nim norm, przeżywać kryzysy, pokonuje trudności, doświadcza radości, zadowolenia, szczęścia czy też żalu, smutku i rozczarowania. Szczególnie ważne z perspektywy rozwoju są doświadczenia zdobyte w pierwszych okresach życia człowieka – w dzieciństwie i młodości.

W prezentowanym artykule skoncentrujemy się na jednej z podstawowych form pomocy psychologicznej jaką jest socjoterapia w kontekście pracy z dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym. To w tych rodzinach szczególnie brak jest dobrych, konstruktywnych relacji pomiędzy dorosłymi a dziećmi. Stąd też tym większą wartość ma praca socjoterapeutyczna, dzięki której dzieci i młodzież odzyskują równowagę emocjonalną i uczą się budować prawidłowe relacje, pokonywać trudności i żyć „pełnią życia”.

Funkcjonowanie dzieci z rodzin z problemem alkoholowym

Dzieci wychowujące się i dorastające w rodzinie, w której rodzic (bądź rodzice) nadużywa alkoholu, przyjmują specyficzne sposoby życia i funkcjonowania w domu oraz w społeczeństwie. Wynika to z tego, że próbują one „przystosować się do zagrażających sytuacji tworzonych przez osobę pijącą. To pozwala przetrwać trudne i bolesne chwile. Jest to jednak niebezpieczna pułapka, w której zostają zamknięte pragnienia normalnego i bezpiecznego życia rodzinnego” (Mellibruda, 1995, s. 36).

Dzieci żyjące w rodzinach z problemem alkoholowym, by poradzić sobie z sytuacją jaka ma miejsce w domu przyjmują różne role, „nakładają maski”, by ukryć prawdziwe uczucia, zdarzenia i rodzinne doświadczenia. W. Sztander wymienia pięć strategii przetrwania dziecka w rodzinie z problemem alkoholowym oraz wskazuje cechy funkcjonowania charakterystyczne dla przyjętej strategii. Są to:

- Bohater rodzinny – czyli osoba pełna wyrzeczeń i poświęcenia dla rodziny. To najczęściej najstarsze dziecko, które nie sprawia kłopotów, dba o rodzinę i poświęca się dla niej. Rezygnuje z osobistych celów życiowych,

opiekuje się rodzeństwem, dba o matkę. Nadodpowiedzialność powoduje, że dziecko – bohater – żyje w stanie ciągłego napięcia, nie umie się bawić, ani być z siebie zadowolonym. W dorosłym życiu często ma skłonność do przyjmowania odpowiedzialności za innych.

- **Kozioł ofiarny** – notorycznie sprawia kłopoty, wchodzi w konflikty z dziećmi i dorosłymi, źle się uczy, jest impulsywny i agresywny. Często odbiera agresję alkoholową i upokorzenia. Poszukuje oparcia w grupach nastawionych antyspołecznie, wobec innych jest oschły i ostry. Jeśli nie uzyska pomocy, w życiu dorosłym może naruszać normy społeczne, wchodzić w konflikty z prawem, często nadużywa alkoholu.
- **Dziecko zagubione, aniołek, dziecko we mgle** – nie „rzuca się w oczy”, nikomu nie sprawia kłopotu, właściwie go nie ma, wycofuje się w świat marzeń. Niewidoczne i nieobecne, trudne do zauważenia. Jest ciche, spokojne oraz smutne i samotne. W dorosłym życiu pozostaje wycofane i nieufne, niezdolne do nawiązania bliższych relacji z ludźmi.
- **Maskotka** – to ktoś przemiły, uroczy, rozładowujący napięcia rodzinne żartem. Jednak za takim zachowaniem kryje się napięcie i niepokój. Dramat maskotki polega na tym, że nikt nie traktuje jej poważnie, a ona sama traci granicę między „serio a żartem”, między śmiechem a płaczem, zdana jest na konieczność ciągłego zabiegania o cudze względy.
- **Wspomagacz** – przyjmuje postawę opiekuńczą wobec osoby pijącej. Chroni alkoholika przed przykrymi skutkami picia. To on przynosi alkohol do domu, by alkoholik nie wyszedł dopić. Nie pozwala sobie na „bycie obok”. Gdy dorośnie, często zostaje żoną lub mężem alkoholika (Sztander, 1995, s. 16–18).

Sztywne sposoby reagowania wyznaczone przez role ograniczają rozwój społeczny i emocjonalny dzieci i młodzieży, co utrwała również życie według określonych zasad. Dzieci wychowujące się w rodzinie z problemem alkoholowym przestrzegają trzy zasady (tzw. potrójna negacja), determinujące zachowanie:

- *Nie mów* – nakazuje zachować milczenie w stosunku do tego, co dzieje się w domu.
- *Nie ufaj* – nakazuje nie ufać ani członkom rodziny ani osobom postronnym, by nie zostać zranionym (konsekwencje: brak poczucia bezpieczeństwa).
- *Nie odczuwaj* – nakazuje aby „omijać” własne emocje, by „być twardym” (Sztander 1995, s. 14).

Życie zgodne z przyjętymi strategiami „ograniczone” niespecyficznymi zasadami przynosi wiele konsekwencji dla życia i rozwoju dzieci, a nie udzielenie wsparcia, odpowiedniej pomocy terapeutycznej jak najszybciej po zdiagnozowaniu sytuacji rodzinnej dziecka skutkuje również nieprawidłowym funkcjonowaniem w życiu dorosłym. Narastające problemy i porażki stają się źródłami urazów, traum oraz późniejszych zaburzonych zachowań. Zatem niezbędna jest specjalistyczna pomoc. Pomocy tej mogą udzielać pracownicy różnych placówek oświatowo-wychowawczych, psychologicznych, pedagogicznych, socjalizacyjnych i innych. Jedną z placówek, w której profesjonalnie udzielana jest pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym jest świetlica socjoterapeutyczna, w której prowadzone są między innymi zajęcia o charakterze terapeutycznym, a więc socjoterapia. Socjoterapia jako sposób pomocy dzieciom i młodzieży dopiero od niedawna znalazła swoje miejsce wśród ofert działań psychologicznych (por. Sawicka, 2010). Wynika z tego, że dotychczas nie cieszyła się zbyt dużą popularnością. Być może spowodowane to było brakiem wystarczającej wiedzy na temat jej form i metod, oraz możliwości efektywnego oddziaływania na dzieci i młodzież. Obecnie na terenie Polski istnieje wiele świetlic, w których pedagodzy, psychologowie, terapeuci pracują metodą socjoterapii.

Socjoterapia istota i założenia

N. Sillamy definiując pojęcie socjoterapii, zwraca uwagę na rodzaj zaburzeń osoby poddawanej takiej formie pomocy. Traktuje on socjoterapię jako „ogół metod zmierzających do zlikwidowania zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń zachowania danej jednostki poprzez odpowiednie wykorzystanie stosunków międzyludzkich istniejących między członkami naturalnej lub sztucznej grupy społecznej, do której należy” (Sillamy, 1995, s. 271). W nieco innym aspekcie definiuje socjoterapię J. Strzemieczny. Zwraca on uwagę na istotne jej założenia jak cel, warunki i zakres zmian. Jego zdaniem „socjoterapia polega na celowym stwarzaniu dzieciom warunków (doświadczeń społecznych) umożliwiających zajście procesu socjoterapeutycznego (zmiana sądów o rzeczywistości, sposobów zachowań i odreagowanie emocjonalne) (...) Socjoterapię określa cel zajęć. Jeśli głównym celem pracy z uczniami jest stwarzanie im doświadczeń korygujących zaburzenia (...), to są to zajęcia socjoterapeutyczne” (Strzemieczny, 1988, s. 24). Doskonałym uzupełnieniem tego rozumienia może być ujęcie K. Sawickiej. Przez socjoterapię rozumie ona „metodę leczenia zaburzeń zachowania i niektórych zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży w toku spotkań grupowych”. Jej

zdaniem socjoterapię można „traktować jako formę pomocy psychologicznej adresowaną do dzieci i młodzieży, pośrednią między psychoterapią a psychoedukacją i treningiem interpersonalnym” (Sawicka, 2010, s. 10).

Przytoczone powyżej definicyjne ujęcia socjoterapii wskazują na istotne jej aspekty, a więc na spotkania grupowe jako formę organizacyjną zajęć w środowisku społecznym dziecka, korektę nieprawidłowości (zaburzenia zachowania i zaburzenia emocjonalne) oraz to, że pomoc jest skierowana do dzieci i młodzieży, czyli do osób młodych, rozwijających się, uczących się życia w społeczeństwie i mających problemy w prawidłowym funkcjonowaniu. Warto dodać, że w toku socjoterapii zawsze realizowane są cele rozwojowe (odnoszą się do wieku rozwoju uczestników), edukacyjne (związane z wiedzą i umiejętnościami) oraz terapeutyczne (związane są z dostarczaniem doświadczeń korekcyjnych w sytuacji przeżywania sytuacji traumatycznych oraz z odreagowaniem napięcia i konstruktywnego radzenia sobie z emocjami).

Jak już wcześniej wspomniano w socjoterapii pracuje się nad zaburzeniami zachowania zakłócającymi proces socjalizacji, utrudniającymi rozwój osobisty i społeczny, powodującymi i intensyfikującymi trudności szkolne. Oddziaływania socjoterapeutyczne mają na celu zmianę zachowań wychowanków z niepożądanych na pożądane społecznie, a także zmianę relacji młodego człowieka z innymi oraz korektę jego obrazu własnej osoby. Socjoterapia ma wspomagać w rozwoju pojmowaniu rzeczywistości. W socjoterapii głównym czynnikiem zmiany niekorzystnych wzorców zachowania są: doświadczenia korekcyjne, odreagowanie emocjonalne oraz nabywanie nowych umiejętności w toku grupowych zajęć (Sawicka, 2010, s. 10).

Podmioty oddziaływań socjoterapeutycznych

Zaburzenia zachowania można zaobserwować w różnych obszarach funkcjonowania dzieci i młodzieży. Według J. Strzemicznego, o zachowaniu zaburzonym możemy jednak mówić dopiero wówczas, gdy jakieś nieoptymalne zachowanie staje się regułą, stereotypową reakcją na jakąś sytuację. Wyróżnia on ponadto kilka cech zaburzeń zachowania, mianowicie: nieadekwatność, sztywność reakcji, szkodliwość dla podmiotu i otoczenia, a także obecność negatywnych emocji. Kiedy młody człowiek nie reaguje racjonalnie na daną sytuację, gdy nie uwzględnia jej indywidualnych cech, mówimy o nieadekwatności. Sztywność reakcji polega na tym, że „zachowania zaburzone mają stały przebieg, niezależnie od tego, w jaki sposób zmieni się sytuacja” (Strzemiczny, 1988, s. 5). Sytuacja ta

wyzwała wtedy u dziecka czy młodego człowieka te same, określone, „automatyczne” zachowania. Cechą zaburzeń zachowania jest także ich szkodliwość dla podmiotu tego zachowania, czyli dla dziecka i otoczenia, w którym ono się znajduje, a więc również dla innych osób będących w relacjach z nim. Dziecko postępując nieadekwatnie i w sposób sztywny, stereotypowy, nie widzi w pewnym sensie możliwości konstruktywnego wykorzystania danej sytuacji, na którą reaguje. Nie widzi możliwości innych rozwiązań nowego problemu, nie nabywa nowych umiejętności, stworzenia czegoś nowego dla siebie i innych. Często też zaburzenia zachowania wywołują w otoczeniu negatywne reakcje na podmiot tego zachowania, co powoduje, że dziecko ma poczucie winy, czuje się odrzucone, nieskuteczne i sfrustrowane. Oczywiście więc jest, że powyższe zachowania mają swoje źródła w emocjach takich jak np. złość, nienawiść, lęk, zazdrość, niechęć czy poczucie krzywdy i smutek. Nie zawsze można je wyraźnie dostrzec u dziecka czy młodego człowieka. Dokładniejsza obserwacja jednak pozwala zobaczyć „silne napięcie lub chęć ukrycia emocji pod maską obojętności” (Strzemieczny, 1988, s. 6). Wszystkie te zachowania możemy zaobserwować u dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym. Stąd tak ogromna wartość socjoterapii w pracy nad zmianą zachowań, których zaburzenia można zaobserwować w czterech obszarach: ja – rówieśnicy, ja – dorośli, ja – zadanie oraz ja – ja. Podział ten, nie do końca rozłączny, wykorzystywany jest w opracowywaniu diagnoz wychowanka i projektowaniu dla niego socjoterapeutycznych sytuacji korygujących.

Diagnoza

W pracy w socjoterapeutycznej należy wyróżnić kilka etapów. Pierwszym z nich jest diagnoza wychowanków, będąca podstawą projektowania oddziaływań. Następnie odbywają się zajęcia socjoterapeutyczne z grupą, podczas których przebiega proces socjoterapeutyczny oraz praca wokół konkretnych zagadnień. Etap końcowy to faza zamykania grupy i wypracowania z nią określonego systemu kontaktowania się uczestników ze sobą oraz uzyskiwania wsparcia w innej formie niż na grupie.

Podstawowym jednak elementem rozpoczynającym pracę z grupą jest diagnoza zaburzeń wychowanków, która „polega na rozpoznaniu trudności dziecka i analizie zaburzeń w jego relacjach ze światem” (Strzemieczny 1988, s. 18). Celem takiej diagnozy jest zebranie informacji, które umożliwiają stworzenie sytuacji bądź opracowanie zajęć korygujących zaburzenia dzieci. Warto powiedzieć, że

diagnoza nie powinna zakończyć się wraz z rozpoczęciem zajęć kontrujących – powinna być uaktualniana i modyfikowana w zależności od zmian w zachowaniu i osobowości wychowanka. Wychowawca może już później sam doświadczyć trudności dziecka i jego sposobów radzenia sobie z nimi oraz określić je w bezpośrednim kontakcie. Warto przypomnieć, że zaburzenia młodego człowieka można stwierdzać posługując się klasyfikacją obszarów możliwych zaburzeń w relacjach: ja – dorosły, ja – rówieśnik, ja – zadanie i ja – ja. Aby zdiagnozować trudności i zaburzenia zachowania wychowanka, można posłużyć się propozycjami kolejnych działań, prezentowanymi przez J. Strzemiecznego:

„Wyodrębnienie sytuacji, w których dziecko na ogół prezentuje zachowania wyraźnie odbiegające od normy nieadekwatnością lub sztywnością. Zachowaniom tym mogą towarzyszyć negatywne emocje

Analiza i określenie specyficznych trudności dziecka. Określenie, jakie elementy sytuacji sprawiają dziecku trudności i w jakim obszarze relacji.

Określenie obszaru (np. w relacjach z rówieśnikami) i charakteru zaburzeń (np. w komunikowaniu pozytywnych nastawień)” (Strzemieczny, 1988, s. 18).

Opracowując diagnozę wychowanka warto skorzystać ze schematu:

| | URAZ | | | Treści kontrujące | Sytuacje korygujące |
|-----------------|----------------------|---------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|
| | Zachowanie zaburzone | Emocje towarzyszące | Sądy o rzeczywistości | | |
| JA – RÓWIEŚNICY | | | | | |
| JA – DOROŚLI | | | | | |
| JA – ZADANIE | | | | | |
| JA – JA | | | | | |

Źródło: Materiały udostępnione przez Krakowskie Stowarzyszenie Ocalić Szansę

Warto także przeprowadzić wywiady z dzieckiem, a także wychowawcą klasy, do której chodzi uczestnik zajęć socjoterapeutycznych, z pracownikiem socjalnym, kuratorem czy rodzicem (choć w przypadku dzieci z rodzin z problemem alkoholowym może być ten kontakt utrudniony). Ważne jest również to, że należy być przygotowanym do obserwowania różnych sytuacji pod kątem poszczególnych zachowań (np. pełniących funkcje obronne przed możliwością doświadczenia potencjalnej sytuacji urazowej).

Diagnostując sytuację wychowanka trzeba również posiadać wiedzę w zakresie źródeł zaburzeń oraz ich możliwych skutków. J. Strzemieczny twierdzi, że zaburzenia zachowania powstają na skutek przeżytych urazów, trudnych doświadczeń,

z którymi dziecko lub młody człowiek nie potrafiło sobie samodzielnie poradzić. Urazy to „sytuacje, które wiążą się z zagrożeniem fizycznym lub zagrożeniem możliwości zaspokojenia potrzeb psychologicznych (...). Urazem jest przeżycie niezaspokojenia (lub ryzyka niezaspokojenia) podstawowych potrzeb fizjologicznych” (Strzemieczny, 1988, s. 6). Sytuacjami takimi mogą być przeżycie odrzucenia emocjonalnego, lekceważenie ze strony innych ludzi, przemoc, bezsilność czy też samotność i opuszczenie w sytuacji trudnej. Bolesne jest również obserwowanie tego, że bliscy traktują siebie nawzajem źle, a dziecko w sytuacji krzywdy jest bezsilne. Zaburzenie zachowania może również powstawać na skutek nagłego przeżycia traumatycznego. „Większość zaburzeń obserwowanych u dzieci w wieku szkolnym jest wynikiem trwającej dłuższy czas deprywacji podstawowych potrzeb emocjonalnych lub systematycznie powtarzających się sytuacji urazowych w rodzinie, wśród rówieśników i w szkole” (Strzemieczny, 1988, s. 7).

Skutkiem urazowego doświadczenia jest uogólnienie tego doświadczenia w postaci określonego sądu o rzeczywistości, a także powstanie odpowiadającego mu stereotypowego zachowania zaburzonego. Jeśli nowa sytuacja w jakiś sposób kojarzy się dziecku z sytuacją urazową, to dziecko przypomina sobie wtedy przeżywane emocje, myśli i zachowania i zaczyna reagować podobnie jak reagowało w sytuacji trudnej. Jego zachowania stają się nieadekwatne i sztywne, a dziecko na nowo przeżywa emocje związane z przeszłą sytuacją i przypisuje ludziom cele i motywy, które przypisywało im, kiedy doświadczało urazu. Często stosuje różne mechanizmy obronne i np. nie dopuszcza do siebie emocji, jest napięte bądź trwa pod maską obojętności. Strzemieczny wymienia więc sądy poznawcze, zachowania i przeżycia emocjonalne jako te obszary, których dotyczą skutki urazów. Po przeżytym doświadczeniu urazowym dziecko stara się zrozumieć to, co mu się przydarzyło, chce określić zasięg zagrożenia i jego tło, by móc uchronić się przed podobnymi zdarzeniami w przyszłości. W ten sposób uogólnia sąd o danym aspekcie rzeczywistości na potencjalne, podobne do urazowych, nowe sytuacje. Z uogólnionymi sądami o rzeczywistości wiążą się stereotypowe zachowania zaburzone, które są nieadekwatne, sztywne, powtarzające się i wywołują szkodę dla podmiotu tego zachowania (czyli dla dziecka) i jego otoczenia. Skutkiem urazu są także zaburzenia emocjonalne, przeżywanie negatywnych emocji. Jeśli dziecko, które w przeszłości doświadczyło urazu, zetknie się znowu z sytuacją przypominającą mu przeszłe zdarzenie bolesne, zaczyna przeżywać na nowo emocje, których doświadczało podczas urazu. Strzemieczny ukazuje przykład poczucia krzywdy wywołanego lekceważeniem ze strony rodziców, które przenosi się na kontakty z innymi ludźmi (por. Strzemieczny 1988).

Prawidłowa diagnoza zaburzeń zachowania u dziecka jest niezwykle ważna z punktu widzenia kolejnego etapu postępowania socjoterapeutycznego, jakim są oddziaływania socjoterapeutyczne, mające na celu zmianę sądów dziecka o rzeczywistości, sposobów zachowań oraz odreagowanie emocjonalne.

Etapy pracy socjoterapeutycznej

Praca socjoterapeutyczna z grupą jednorodną pod względem dysfunkcji w cyklu rocznym przebiega w trzech fazach.

W pierwszej fazie – budowania grupy – pracę rozpoczynają zajęcia o charakterze integracyjnym oraz związane z nimi ustalenie norm i reguł grupy (ważny staje się kontrakt), o których tworzeniu decydują uczestnicy grupy. Na tym etapie pracy z grupą istotne jest zbudowanie atmosfery zaufania i bezpieczeństwa, aby możliwe było prowadzenie właściwych i skutecznych oddziaływań.

W następnej fazie – pracy właściwej – kiedy grupa jest zintegrowana, ukonstytuowana, a uczestnicy czują się ze sobą i prowadzącymi zajęcia pewnie i bezpiecznie, rozpoczyna się praca nad konkretnymi zagadnieniami bądź problemami, które sygnalizuje grupa lub poszczególni wychowankowie. W czasie jej trwania można realizować cele terapeutyczne, edukacyjne i rozwojowe. Wtedy dochodzi do przepracowywania urazów, odreagowywania emocji i napięć, które miały miejsce w przeszłości oraz które pojawiają się w bieżącym życiu wychowanków. Cel edukacyjny może być realizowany przez cykle zajęć warsztatowych, podczas których dzieci i młodzież mogą poznać emocje swoje i innych, swoje i cudze potrzeby, mogą wtedy uczyć się współpracy, funkcjonowania w grupie, patrzenia na innych. Uczą się również rozwiązywać konflikty, negocjować, planować różne działania, doskonalić się w pełnieniu różnych ról społecznych oraz wykonują codzienne zadania usprawniające ich funkcjonowanie w świecie. Ponadto mają szansę na rozwijanie własnych zainteresowań i zamiłowań, na przepracowanie zagadnień ważnych dla swojego wieku, konstruktywne spędzanie wolnego czasu. Mogą też wzbogacać się o umiejętności zachowań asertywnych i działań w oparciu o swoje mocne strony.

Ostatnia faza to przygotowanie do zakończenia funkcjonowania w grupie. Na tym etapie należy nauczyć członków grupy, w jaki sposób mogą kontaktować się ze sobą po opuszczeniu grupy i zakończeniu cyklu zajęć oraz wytworzyć różne formy wsparcia „zastępującego” regularne zajęcia w grupie tak, aby uczestnicy spotkań socjoterapeutycznych mieli możliwość stałego wykorzystywania

nabytych umiejętności i podtrzymywania więzi zawiązanych podczas zajęć (por. Sobolewska 1993).

Przygotowując się do pracy z grupą socjoterapeutyczną należy uwzględnić kilka istotnych kwestii, które potwierdzają istotę i założenia pracy socjoterapeutycznej. Do nich zaliczamy:

- czas pracy z jedną grupą: praca trwa na ogół przez jeden rok szkolny;
- czas trwania jednego zajęcia/spotkania socjoterapeutycznego: 1,5–2 godz. jeden raz w tygodniu;
- wiek uczestników: zbliżony – różnica dwóch lat, to umożliwia realizację podstawowych celów socjoterapii a więc rozwojowych, edukacyjnych i terapeutycznych;
- ilość uczestników: do 12 osób (rozporządzenie MEN z dn. 30 kwietnia 2013 r. dopuszcza do 15 osób, jednak w praktyce najefektywniej pracuje się z grupą dwunastoosobową);
- zdrowie psychiczne uczestników: w zajęciach nie mogą uczestniczyć osoby chore psychicznie;
- jednorodność pod względem zdiagnozowanego problemu – tylko wówczas można pracować efektywnie nad podobnymi doświadczeniami/ trudnościami i realizować trzy podstawowe cele socjoterapii;
- rundka i krąg – podstawa każdego zajęcia socjoterapeutycznego – jest to dzielenie się z innymi osobami swoimi doświadczeniami; uczestnicy siedzą w kręgu, by bezpośrednio nawiązywać kontakt wzrokowy (sprzyja to nawiązaniu kontaktu emocjonalnego, wyrównuje pozycje społeczne, zmniejsza dystans pomiędzy np. dorosłymi a dziećmi);
- doświadczenie korekcyjne – dostarczanie poprzez odpowiednio dobrane metody, techniki ćwiczenia doświadczenia, które daje możliwość zrozumienia i rozwiązania sytuacji trudnej, odreagowania napięcia emocjonalnego itp.;
- zasada dobrowolności – uczestnicy samodzielnie podejmują o udziale w zajęciach oraz w poszczególnych doświadczeniach, mają możliwość wyboru oraz mają prawo zrezygnować z udziału w proponowanym ćwiczeniu;
- zajęcia socjoterapeutyczne zawsze prowadzą dwie osoby, wzajemnie się uzupełniające, najczęściej wymiennie pełnią rolę lidera lub osoby wspomagającej.

Rezultaty dobrze przeprowadzonych zajęć socjoterapeutycznych wiążą się z realizacją wymienionych założonych celów oraz realnym wykorzystaniem

możliwości wychowanków. Do efektów pracy socjoterapeutycznej na pewno można zaliczyć poprawę relacji interpersonalnych w grupie, integrację wychowanków czy konstruktywne rozwiązywanie przez nich konfliktów, a także nabycie takich umiejętności, które pomogą im w prawidłowym funkcjonowaniu w późniejszym codziennym życiu, również społecznym. Jednym z rezultatów może być również wzrost różnego rodzaju zainteresowań czy zamiłowań dzieci i młodzieży, a zatem umiejętność konstruktywnego spędzania czasu wolnego. Najistotniejsze w pracy socjoterapeutycznej jest możliwość zmiany zaburzonych zachowań w wyniku przepracowania urazów i odreagowania negatywnych emocji, w czasie procesu terapeutycznego.

Oddziaływania socjoterapeutyczne oparte są o dostarczenie doświadczeń społecznych, które pomogą dziecku lub młodemu człowiekowi zmienić jego sądy o rzeczywistości i sposoby zachowań. Zmiana sądów o rzeczywistości, ich korekta polega na dostarczaniu dziecku treści korygujących te sądy, przeciwstawnych do treści doświadczeń urazowych. „W wyniku zajęć socjoterapeutycznych nastąpić może korekta zaburzonych zachowań i wyposażenia dzieci w nowe, bardziej konstruktywne sposoby funkcjonowania. Nowe zachowania mają umożliwić dziecku bardziej satysfakcjonujące kontakty z innymi ludźmi oraz zwiększyć szanse realizacji własnych celów. (...) Udział w zajęciach może być dla dzieci m. in. uczeniem się bardziej optymalnego sposobu funkcjonowania” (Strzemieczny 1988, s. 17). W skład oddziaływań socjoterapeutycznych wchodzi także odreagowanie negatywnych emocji z sytuacji urazowych. Podczas pracy nad zmianą sądów o rzeczywistości i zachowań zaburzonych niejednokrotnie przypomina się sytuacja urazowa. Przypominane są więc również doświadczane wtedy emocje, które bardzo długo były tłumione i uniemożliwiały przebudowę struktur poznawczych i zmianę zachowań. Dlatego też muszą one zostać wyrażone. Dzieci i młodzież powinny zatem mieć możliwość krzyku, śmiechu, ożywionego mówienia, intensywnego ruchu, a także płaczu – przez co wyzwalane będą i odreagowywane emocje trudne. Realizowanie procesu socjoterapeutycznego polega na wykonywaniu zaprogramowanych oddziaływań, w toku których może nastąpić zmiana sądów o rzeczywistości, zachowań i odreagowanie emocjonalne. Zajęcia prowadzone przez socjoterapeutów dla grupy dzieci lub młodzieży obfitują więc w takie metody, formy i techniki, które umożliwiają zaplanowane oddziaływania. (W pracy socjoterapeutycznej stosujemy wszystkie dostępne metody, techniki i formy pracy charakterystyczne dla terapii, profilaktyki i wychowania – proponowana literatura na ten temat została zamieszczona w bibliografii na końcu artykułu).

Istotą oddziaływań socjoterapeutycznych jest to, że podczas zajęć dziecko uczestniczy w sytuacjach, które mają funkcję korygującą. Doświadczenia, które dotyczą dziecko muszą pozwolić mu na zaspokojenie jego ważnych potrzeb emocjonalnych. Powinny też stanowić zaprzeczenie jego sytuacji urazowych. W trakcie trwania zajęć należy zapewnić dziecku możliwość zmiany niekorzystnych dla niego sądów o rzeczywistości, o świecie i o sobie. Funkcją korygującą pełnią pewne zasady, które powinny być przestrzegane w świetlicy socjoterapeutycznej. Są to zasady: dobrowolności udziału w zajęciach, afirmacji, bliskiego kontaktu, otwartości i istnienia ważnych z punktu widzenia celów zajęć norm (tamże).

Zakończenie

Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym są szansą dla nich na zmianę zachowania, funkcjonowania w przyjętej roli, odreagowania napięcia, zdobycia umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i doświadczeniami, na życie autentyczne, bez „maski”. Zajęcia te najczęściej odbywają się w świetlicach socjoterapeutycznych lub środowiskowych (por. Jagielska, Puchała 2013). Świetlice te (placówki wsparcia dziennego o charakterze terapeutycznym) poprzez prowadzenie socjoterapii stają się szansą na godne życie i prawidłowe funkcjonowanie dzieci i młodzieży, a równocześnie zapobiegają zjawisku wykluczania społecznego czy narastania niepowodzeń szkolnych. K. Sawicka i G. Kalinowska zwracają uwagę na role świetlic socjoterapeutycznych, które dla wielu dzieci i młodych ludzi stają się środowiskiem zastępującym dysfunkcjonalne środowisko rodzinne. W świetlicach tych wychowankowie mają zapewnione warunki do „odrabiania lekcji, aktywnego i konstruktywnego spędzania czasu wolnego, kontaktu z przyjaznym i troskliwym dorosłym, przebywania w grupie rówieśniczej, zaspokajania potrzeb życiowych” (Kalinowska, Sawicka 2004, s. 20). W świetlicy socjoterapeutycznej poprzez realizowanie wymienionych aktywności wraz z udziałem w klasycznej socjoterapii, młody człowiek ma szansę doświadczyć sytuacji korygujących i zgromadzić pozytywne doświadczenia osobiste i społeczne. Różne sytuacje, które mogą zaistnieć podczas spotkań w świetlicy mogą przyczynić się do zmiany sądów urazowych o rzeczywistości (Kalinowska, Sawicka 2004).

Bibliografia:

- Fleming I., *Po prostu zaczynamy. Praktyczne porady z zakresu pedagogiki zabawy*, Kielce 1999.
- Jagielska K., Puchała S., *Praca świetlic środowiskowych na rzecz dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Alternatywne programy-terapia przez sztukę*, w: *Dziecko i rodzina w różnych obszarach wsparcia instytucjonalnego i pozainstytucjonalnego*, J. Matejek, R. Spyrka-Chlipała (red.), Kraków 2013.
- Kalinowska G., Sawicka K., *Socjoterapia jako specjalistyczna procedura terapeutyczna*, „Remedium” 2004, nr 5.
- Łukasik J., *Spoko lekcja, czyli 65 sposobów na oryginalne zajęcia*, Kielce 2009.
- Łukasik J., *Spoko lekcja 2, czyli jeszcze więcej sposobów na oryginalne zajęcia*, Kielce 2011.
- Sawicka K. (red.), *Socjoterapia*, Warszawa 2010.
- Sillamy N., *Słownik Psychologii*, Katowice 1995.
- Sobolewska Z., *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć*, Warszawa 1993.
- Strzemieczny J., *Program zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci ze szkół podstawowych*, Warszawa 1988.
- Way B., *Drama*, Warszawa 1995.
- Verfurth M., *Prowadzenie grup dziecięcych i młodzieżowych*, Kielce 2001.
- Vopel K.W., *Kompas uczuć – ćwiczenia i eksperymenty do zastosowania w pracy grupowej i terapii*, Kielce 2005.
- Vopel K.W., *Poradnik dla prowadzących grupy*, Kielce 2007.
- Vopel K.W., *Zabawy interakcyjne*, cz. 1–6, Kielce 2007.
- Vopel K.W., *Zakłócenia, blokady, kryzysy. Eksperymenty i ćwiczenia do nauki i pracy grupowej*, Kielce 2005.