

BARBARA JANKOWIAK, EMILIA SOROKO

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu*

WYBRANE PROBLEMY DIAGNOZY OPISOWEJ W SOCJOTERAPII - ASPEKTY TEORETYCZNE ORAZ ZWIĄZKI Z FUNKCJONOWANIEM ZAWODOWYM SOCJOTERAPEUTÓW

ABSTRACT. Jankowiak Barbara, Soroko Emilia, *Wybrane problemy diagnozy opisowej w socjoterapii – aspekty teoretyczne oraz związki z funkcjonowaniem zawodowym socjoterapeutów* [Selected Issues Concerning Descriptive Diagnosis in Socio-Therapy – Theoretical Aspects and Links with Socio-therapists' Professional Functioning]. *Studia Edukacyjne* nr 32, 2014, Poznań 2014, pp. 165-187. Adam Mickiewicz University Press. ISBN 978-83-232-2879-0. ISSN 1233-6688

The matter of psychological diagnosis in socio-therapy is a relatively new area of theoretical reflection and empirical research. The piece of research presented here deals with socio-therapists' perspective and regards developing the picture of the psychological problems of groups participants and the consequences of the described manner of perceiving problems in socio-therapists' professional functioning. It was explored what kind of descriptive diagnosis is made by socio-therapists and certain general tendencies in identifying the relational problems were observed (e.g. more frequent observing the problems with adults or the child with itself), as well as the participants and their families (mainly the problems with learning, ADHD at children and violence and alcoholism in families). The co-occurrence of the individual's and family's problems identified here corresponds to other clinical psychology studies of children and teenagers (especially co-occurrence of fear disorders, ADHD of the disorders of learning in the alcoholic family environment). The relations between the tendencies to recognize particular problems and the subgroups of these problems (relational and nozological aspects) and professional functioning of the socio-therapists were described. It has been noticed that the severity of diagnoses is related to a greater amount of negative feelings in professional works and there are no significant relations between identifying the problems and a hope for a professional success. The results have been discussed in the context of the light on socio-therapy as psycho-pedagogical help.

Key words: socio-therapy, socio-therapists, problems of socio-therapy participants, diagnosis in socio-therapy

Socjoterapia stanowi grupową formę pomocy psychopedagogicznej ukierunkowanej na dzieci i młodzież z grup ryzyka lub/i przejawiających

zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym. Polega ona na intencjonalnym uruchamianiu czynników pomocowych, wykorzystujących procesy grupowe i rolę socjoterapeuty, w celu kompensacji potencjalnych deficytów rozwoju społecznego i zapobieganiu kształtowaniu się zaburzeń uczestników grupy¹. Kwalifikowane do socjoterapii będą zatem osoby z grup ryzyka lub/i przejawiające zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym. W tym kontekście niezmiernie ważna jest problematyka diagnozy psychologicznej² dla potrzeb socjoterapii, która jest podejmowana coraz częściej, choć wciąż niewystarczająco, jeśli mamy traktować socjoterapię jako profesjonalną formę pomocy psychopedagogicznej.

Wilk³ omawiając kwestię diagnozowania w socjoterapii, odnosi się do dwóch aspektów. Po pierwsze, do wstępnej diagnozy określającej przydatność procesu socjoterapeutycznego dla danej osoby, czyli diagnozy kwalifikacyjnej⁴. Po drugie, diagnozy czynionej w trakcie socjoterapii, gdzie szczególne znaczenie ma tzw. partycypacja w obiekcie poznania – pozostawanie z nim w relacji – będące sposobem zarówno na głębsze zrozumienie, jak i pomoc drugiemu człowiekowi. Nie jest to możliwe bez uruchomienia empatii, a więc emocjonalnego poznania drugiego człowieka. Z kolei Jagieła⁵ problematykę diagnozy w socjoterapii podejmuje z perspektywy wstępnej diagnozy kwalifikacyjnej oraz pełnej diagnozy przydatnej w programowaniu i dostosowywaniu oddziaływań. Diagnoza może mieć charakter oceny psychiatrycznej (typ psychopatologii), oceny czynników ryzyka w jednostce i środowiskach, w jakich ona funkcjonuje.

Diagnozę w socjoterapii warto jednak rozumieć jeszcze bardziej wielowymiarowo, podkreślając w szczególności: 1) diagnozę kwalifikującą osobę do tej formy pomocy, 2) diagnozę sytuacji psychologicznej uczestnika, prowadzoną zarówno opisowo, jak i na poziomie wyjaśniającym (próbując uchwycić patomechanizm funkcjonowania oraz czynniki etiopatogenetyczne, a także salutogenetyczne⁶), 3) diagnozowanie procesów grupowych z uwzględnieniem funkcjonowania interpersonalnego poszczególnych uczestników oraz 4) pojawiającą się na różnych etapach ewaluację postępowania pomocowego na poziomie grupowym i indywidualnym. Ponieważ

¹ B. Jankowiak, E. Soroko, *Socjoterapia a inne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, [w:] *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. B. Jankowiak, Poznań 2013.

² W niniejszej pracy nie podjęto ważnego wątku diagnozy pedagogicznej, która również jest ważna w socjoterapii.

³ M. Wilk, *Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne*, Sopot 2014.

⁴ Wacholc, za: M. Wilk, *Diagnoza w socjoterapii*.

⁵ J. Jagieła, *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*, Kraków 2009.

⁶ L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*, Warszawa 2007.

takie kompleksowe traktowanie problematyki diagnozy w socjoterapii jest wciąż słabo zaznaczane, powstaje ogromna potrzeba, aby problematykę diagnozowania w socjoterapii rozważać teoretycznie, praktycznie, jak też prowadzić w tym obszarze badania empiryczne (i te eksplorujące stan obecny, a potem, w dalszej kolejności, weryfikacyjne i ewaluacyjne)⁷.

Jakkolwiek prezentowane ujęcie stanowi tylko „wierzchołek góry lodowej”, to w niniejszym artykule pragniemy przyjrzeć się opisowemu poziomowi diagnozy sytuacji psychologicznej uczestnika socjoterapii, koncentrując się na perspektywie socjoterapeuty i pytając, jak socjoterapeuci postrzegają problemy uczestników prowadzonych przez siebie grup i w jakich kategoriach opisują obszary problemowe u swoich podopiecznych, wymagające oddziaływań pomocowych. Tworzenie (reprezentowanie) przez socjoterapeutów obrazu problemów psychologicznych oraz zasobów uczestników może mieć kluczowe znaczenie dla różnych decyzji w procesie pomagania. Szczególnych konsekwencji spodziewamy się w obszarze tworzenia relacji z uczestnikami grupy (np. zdolności do nawiązania relacji z uczestnikiem, przeciwstawiania się uprzedzeniom, radzeniu sobie z własnym dyskomfortem pojawiającym się w związku ze specyficznymi zaburzeniami u uczestników), jak również dla funkcjonowania w roli zawodowej (np. doboru metod pracy, oczekiwania odnośnie możliwości i ograniczeń oferowanej pomocy, regulacji własnych emocji w obliczu ujawnianych przez członków grupy trudności).

Opisowy poziom diagnozy sytuacji psychologicznej uczestnika grupy socjoterapeutycznej przedstawimy w dwóch aspektach: 1) rozpoznawania przez socjoterapeutów zaburzeń psychicznych (jednostek nozologicznych) u podopiecznych oraz w ich rodzinach, jak też 2) rozpoznawania problemów relacyjnych, czyli problemów interpersonalnych między uczestnikiem a innymi ludźmi oraz zadaniem (por. dalej).

W literaturze przedmiotu w odniesieniu do zaburzeń osób kwalifikowanych do socjoterapii wymienia się głównie problemy w zachowaniu i niektóre zaburzenia emocjonalne⁸. Ujmuje się je często w terminach zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, czy też zaburzeń rozwoju, posługując się takimi klasyfikacjami psychiatrycznymi, jak na przykład ICD-10⁹. Prowadzący grupy mogą ujmować problemy uczestników w terminach psychopatologicznych z racji wykształcenia (np. psychologia kliniczna, psychia-

⁷ B. Jankowiak, E. Soroko, *Style socjoterapeutycznej pracy grupowej z dziećmi i młodzieżą z perspektywy czynników pomocowych*, Studia Edukacyjne, 2014, 31.

⁸ J. Jagieła, *Socjoterapia w szkole*.

⁹ Por. np. D. Marcelli, *Psychopatologia wieku dziecięcego*, Wrocław 2013; L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia*.

tria, szkolenia podyplomowe z psychologii klinicznej lub psychoterapii) i wynikającej z tego znajomości kategorii diagnostycznych, jak również dostępu do dokumentacji medycznej (gdzie jednostki chorobowe zostały oznaczone przez innych specjalistów). Mogą również, niestety, stosować kategorie diagnostyczne bez wcześniejszego, a niezbędnego procesu diagnostycznego, prowadzonego przez upoważnionych do tego specjalistów, jak też używać nawet kategorii diagnostycznych bez adekwatnego rozpoznania. W takich sytuacjach warto mieć na uwadze, że diagnoza wyrażona w języku jednostki nozologicznej jest potoczną (nieprofesjonalną) próbą klasyfikacji, która tworzy jednak pewien kontekst rozumienia, przeżywania oraz wyznacza sposoby pomagania uczestnikom socjoterapii. Nie jest tu zatem widoczny jedynie problem trafności tej diagnozy (choć byłoby to dla podwyższenia profesjonalizmu socjoterapii bardzo pożądane), ale także obserwujemy różnorodne i nie do końca rozpoznane konsekwencje potocznego rozumienia problemów uczestników.

Wiemy na przykład, że wśród zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, które występują w rodzinach dzieci i młodzieży, a które mogą przyczynić się do powstawania lub/i utrzymywania się u nich problemów psychicznych, szczególnie często wymienia się uzależnienie rodziców od środków psychoaktywnych. W tej grupie zaburzeń, ze względu na częstość występowania, podkreśla się uzależnienie od alkoholu lub jego nadużywanie. Rodziny alkoholowe, poprzez wyraźną patologię dynamiki i patologię ról rodzinnych, są środowiskiem, w którym procesy wychowawcze (socjalizacji i emancypacji) ulegają opóźnieniu, zaniedbaniu, zaburzeniu lub nawet nie występują¹⁰. Rodziny te nie wypełniają właściwie swoich funkcji wychowawczych, emocjonalnych, czy instrumentalnych, co tworzy deficytowe środowisko dla dzieci i przekłada się na trudności w ukształtowaniu pożądanych społecznie wzorców zachowań (stwarzając ryzyko zaburzeń ekstermalizujących lub internalizujących), ryzyko współuzależnienia, czy inne charakterystyczne dla danego dziecka trudności. Z jednej strony, powszechność tej wiedzy oraz znajomość problemów rodzin uczestników może przyczynić się do nadmiernego diagnozowania problemu uzależnień w kontekście socjoterapii, ale z drugiej – szeroka, dostępna i zweryfikowana empirycznie wiedza o uzależnieniach pozwala dostrzegać wskaźniki tych problemów nawet w okolicznościach, w których przebieg zaburzeń nie jest typowy lub

¹⁰ L. Cierpiałkowska, *Alkoholizm. Przyczyny, leczenie, profilaktyka*, Poznań 2000; T. Sakowicz, *Dysfunkcyjność rodziny jako przeszkoda prawidłowej socjalizacji i resocjalizacji młodzieży – możliwości optymalnych oddziaływań*, [w:] *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przewycięzania*, red. T. Sołtysiak, Bydgoszcz 2005.

kiedy jest ukrywany przez różne zaangażowane w problem alkoholowy osoby (np. współuzależniony rodzic czy dzieci).

Ponadto, warto zauważyć, że ograniczenie opisu problemów uczestników czy ich rodzin do jednostek nozologicznych niesie również ryzyko utożsamiania zaburzenia z osobą (problem etykietyzacji), w skrajnych przypadkach uniemożliwiając udzielenie pomocy. Rozumienie problemów jednostkowych lub rodzinnych w kategoriach nozologicznych może być często niewystarczające (nadmiernie redukcjonistyczne, reifikujące podmiot) lub nieprzydatne dla części socjoterapeutów (np. ze względu na wykształcenie, które nie zawierało przeszkolenia z zakresu psychopatologii i psychologii klinicznej lub odwrotnie – w związku z wykształceniem, które koncentruje się na mechanizmach patopsychologicznych, a nie na opisowej diagnozie nozologicznej).

Przeciwwagą dla nozologicznego opisu sytuacji psychologicznej uczestników socjoterapii jest rozpoznawanie dominujących problemów relacyjnych, gdzie stosuje się kategorie pojęciowe wywodzące się z języka potocznego i obserwacji dostępnego funkcjonowania osoby. Diagnozowanie ukierunkowane na identyfikację problemów funkcjonowania w relacjach interpersonalnych wywodzi się z prac Strzemiecznego¹¹. Autor ten zachęca do opisu zaburzeń w relacjach interpersonalnych w kategoriach konfliktów między podmiotem (ja) a następującymi systemami: ja – dorośli (np. rodzice, nauczyciele), ja – rówieśnicy (np. koledzy), ja – sytuacje zadaniowe (np. zadania w szkolne) oraz ja – ja (np. samoocena, obraz siebie). Ten sposób obrazowania problemów wspomaganych wydaje się mniej obciążony nietrafnością, wynikającą z potocznego używania klasyfikacji psychiatrycznych (jednostek nozologicznych) i okazuje się dość użyteczny w codziennej praktyce socjoterapeuty. Akcentując funkcjonowanie uczestnika wobec ważnych wyzwań i osób, współbrzmi z celami większości programów socjoterapeutycznych, które odnoszą się do kształtowania umiejętności interpersonalnych i adekwatnej, pozytywnej samooceny¹². Sposób obrazowania problemów uczestników grup koresponduje w tym ujęciu ze stawianymi celami (osobistymi i grupowymi) oraz z ewaluacją skuteczności oddziaływań w tych obszarach. Dość dostępne są też dane obserwacyjne, które pozwalają ocenić dominujące problemy relacyjne. Socjoterapeuci obserwując interakcje w grupach, mają informacje o relacjach między dzieckiem a innymi osobami

¹¹ J. Strzemieczny, *Zeszyty Socjoterapeutyczne*, Warszawa 1988; por. też: A. Słysz, *Główne czynniki zmiany w socjoterapii dzieci i młodzieży*, [w:] *Pojęcie zmiany w teorii i praktyce psychologicznej*, red. J. Szłapińska, Poznań 2008.

¹² Por. K. Sawicka, *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, [w:] *Socjoterapia*, red. K. Sawicka, Warszawa 1999.

(rówieśnikami, dorosłymi) oraz między dzieckiem a zadaniami oraz pośrednio dowiadują się o relacjach dziecka z rodzicami. W ten sposób tworzą pewien obraz sytuacji psychologicznej dziecka, nie musząc odwoływać się do nazw zaburzeń lub innych określeń specjalistycznych (klinicznych). Dodatkowo w refleksji nad diagnozowaniem dzieci i młodzieży¹³ podkreśla się, że diagnoza ta powinna być holistyczna (uwzględniająca funkcjonowanie w różnych sferach, nie tylko tej zidentyfikowanej jako zaburzonej) i dynamiczna (ciągle uaktualniana, biorąc pod uwagę prawidłowości oraz zmiany rozwojowe, a także możliwość przyjęcia diagnozy przez dziecko i środowisko rodzinne). Opis problemów w sposób wyrażający funkcjonowanie relacyjne ma tę przewagę nad nozologicznym, że pozwala znacznie bardziej na elastyczną, mniej etykietującą oraz bardziej podatną na korekcję wizję trudności uczestników. Jednocześnie, stosowanie kategorii relacyjnych bliskich językowi potocznemu może mieć również pewne ograniczenia, choćby przez nadmierne upraszczanie złożonych problemów psychicznych lub przynoszenie socjoterapeucie poczucia profesjonalności tam, gdzie nie jest to słuszne. Użyteczność oraz konsekwencje ujęcia opisowego nozologicznego oraz relacyjnego powinny być również eksplorowane empirycznie i rozważane teoretycznie.

Przedstawione tutaj dylematy i luki dotyczące statusu diagnozowania w socjoterapii stanowią jedynie drobną część problemu. Diagnoza psychologiczna w socjoterapii jest wciąż bardzo niedookreślona – zarówno pod względem teoretycznym, praktycznym, jak i w odniesieniu do zdobytych dowodów empirycznych o dobrej praktyce. Na przykład, nadal nie ma jasności, jakie praktyki diagnozowania, w jakich etapach socjoterapii są użyteczne i etycznie właściwe. Powstaje też wiele innych pytań, między innymi: czy kwalifikowanie do socjoterapii byłoby bardziej efektywne, jeśli uwzględniałoby identyfikowanie problemów psychicznych jako zaburzeń zachowania i zaburzeń emocjonalnych czy może powinno uwzględniać diagnozę czynników ryzyka rozwoju psychopatologii, przesuwać socjoterapię w obszar profilaktyki i stawiając przed nią nowe wyzwania. Czy diagnoza uwzględniająca obszary trudności relacyjnych mogłaby mieć większe znaczenie dla planowanych interwencji w tej formie pomocy psychologiczno-pedagogicznej, która opiera się właśnie na pracy grupowej i trenowaniu umiejętności interpersonalnych? Czy ewaluacja działań mogłaby być skuteczniejsza, jeśli sposób postrzegania problemów wspomaganych odnosiłby się właśnie

¹³ M. Gacek, *Pomoc psychologiczna dziecku i jego rodzinie. Diagnoza*, [w:] *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży*, red. W. Pilecka, Kraków 2011; M. Kościelska, *Psychologia kliniczna dziecka*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, Gdańsk 2000.

do obszarów funkcjonowania społecznego dotkniętych określonymi problemami, ale też do zasobów w relacjach międzyludzkich?

Ponadto, ważnym elementem diagnozowania jest próba nie tylko ujmowania problemów uczestników w kategoriach opisowych, ale także stosowanie różnych teorii psychologicznych związanych z wyjaśnianiem mechanizmów utrzymywania się oraz genezy problemów. Przykładowym mechanizmem utrzymującym problemy uczestników, jeśli przyjmiemy perspektywę poznawczo-behawioralną, mogą być nieadekwatne przekonania o sobie i innych¹⁴. Ujmując mechanizm w perspektywie psychodynamicznej, zaburzenia utrzymywać będą na przykład nieświadome konflikty, niedojrzałe mechanizmy obronne, deficyty psychiczne, typ wewnętrznych obiektów (np. obiekty częściowe)¹⁵. Co do prób wskazania genezy, to w literaturze sugeruje się, że powodem problemów dzieci i młodzieży jest brak zaspokojenia potrzeb emocjonalnych, zaniedbania środowiskowe lub obecność urazu emocjonalnego¹⁶, a także analizuje się udział wielu różnych czynników ryzyka oraz genezy zaburzeń okresu dzieciństwa i dorastania w tak zwanych wielościęzkowych modelach integracyjnych¹⁷. Właściwe opisanie sytuacji psychologicznej uczestnika stanowi bardzo ważny element, ale mamy nadzieję, że wykazałyśmy, że z punktu widzenia możliwości rozumienia wspomaganego oraz udzielania mu pomocy psychologicznej jest to dopiero początek.

Jednocześnie podkreślamy, że czynność diagnozowania i jej efekt w postaci określonej profesjonalnej (choć – jak trzeba przyznać – czasem również paraprofesjonalnej, nieprofesjonalnej i potocznej) wiedzy nie pozostaje bez wpływu na funkcjonowanie zawodowe socjoterapeutów. Określony sposób opisu problemów psychologicznych uczestników oraz obraz sytuacji psychologicznej uczestników, jaki tworzy się w umysłach socjoterapeutów, a także dotkliwość niektórych problemów może na przykład dawać im większą lub mniejszą nadzieję na sukces i odzwierciedlać się w towarzyszących im uczuciach w pracy zawodowej. Ponadto, jaki typ problemów socjoterapeuci uważają za dominujący czy najpoważniejszy u uczestników – pomijając problemy trafności diagnozowania – może bowiem wiązać się

¹⁴ Por. np. M. John-Borys, *Socjoterapia – jak zachodzi zmiana zachowania?* [w:] *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, red. M. Deptuła, Bydgoszcz 2005; ale też szerzej: J. Beck, *Terapia poznawcza*, Kraków 2007.

¹⁵ M. Wilk, *Diagnoza w socjoterapii*.

¹⁶ M. John-Borys, *Socjoterapia – jak zachodzi zmiana zachowania?*; J. Strzemieczny, *Zeszyty Socjoterapeutyczne*; K. Sawicka, *Socjoterapia jako forma pomocy*.

¹⁷ D. Sue, D.W. Sue, S. Sue, *Understanding Abnormal Behavior*, Wadsworth 2010; por. też: E. Soroko, *Integracyjne modele w diagnozie zaburzeń osobowości*, [w:] *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, red. L. Cierpiałkowska, E. Soroko, Poznań 2014.

z poznawczym i emocjonalnym doświadczaniem przez nich swojej pracy zawodowej i potem ukierunkowywać udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Przekonanie, że uczestników dotyczą określone grupy problemów lub obawa, że jakieś określone problemy uczestnika dotyczą, może bowiem zwiększać przekonanie o skuteczności własnych działań bądź je zmniejszać.

Cele badań

Niniejsze badania mają charakter głównie eksploracyjny, dotyczą opisowego poziomu diagnozy sytuacji psychologicznej uczestnika socjoterapii, koncentrują się na tym, jak socjoterapeuci spostrzegają problemy uczestników prowadzonych przez siebie grup i jaki ma to związek z wybranymi aspektami ich zawodowego funkcjonowania. Szczegółowe cele badań były następujące: 1) określenie, jak socjoterapeuci opisują problemy uczestników w perspektywie psychopatologicznej, używając określeń z podręczników klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zachowania (aspekt uczestnika oraz jego rodziny) oraz relacyjnej (między uczestnikiem a innymi ludźmi oraz między uczestnikiem a zadaniem); 2) empiryczne wyodrębnienie podgrup tak zidentyfikowanych problemów psychopatologicznych uczestników socjoterapii i ich rodzin; 3) eksploracja zależności pomiędzy spostrzeganiem problemów uczestników i ich rodzin a wybranymi aspektami funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego socjoterapeutów oraz ich poczuciem kompetencji.

Metoda

Przebieg badania

Badania prowadzono od stycznia do czerwca 2014 roku. Osobami bezpośrednio kontaktującymi się z socjoterapeutami byli przeszkoleni wolontariusze, uczęszczający na kurs akademicki z zakresu socjoterapii lub również przeszkoleni socjoterapeuci. Procedura badawcza składała się z trzech etapów.

- Etap selekcyjny. Do badań kwalifikowane były osoby prowadzące obecnie grupy socjoterapeutyczne. Po uzyskaniu wstępnego zainteresowania udziałem w badaniu, socjoterapeutom przedstawiono cel badań i sposób ich przeprowadzenia. Osoby badane uzyskały również wszelkie potrzebne

wyjaśnienia odnośnie dyskrecji, dobrowolności i anonimowości udzielania odpowiedzi. Badani wyrażając zgodę, mogli wycofać się z badania lub przerwać je w dowolnym momencie.

- Etap badań właściwych. Polegał na anonimowych badaniach kwestionariuszowych. Kwestionariusz składał się z metryczki, charakterystyki sposobu pracy socjoterapeutycznej, oceny problemów psychologicznych (psychopatologii uczestnika oraz rodziny, a także problemów relacyjnych) oraz dwóch kwestionariuszy psychologicznych dotyczących funkcjonowania zawodowego socjoterapeutów (ich nadziei na sukces w pracy socjoterapeutycznej oraz doświadczanych uczuć). Wszyscy badani zostali ponownie poinformowani o celu prowadzonych badań, ich anonimowości i dobrowolności. Osoby badane wypełniały kwestionariusze samodzielnie i w umówionym (dogodnym dla nich) terminie oddawały je prowadzącemu badanie.

- Etap opracowania wyników. Dotyczył statystycznego opracowania wyników (z użyciem pakietów statystycznych) oraz ich interpretacji.

Charakterystyka osób badanych

Wybór osób do badań był dobozem celowym – kierowano się do aktywnych zawodowo socjoterapeutów, którzy byli gotowi wziąć udział w badaniu. Dane nadające się do analiz uzyskano od 77 socjoterapeutów (wiek: $M = 35,96$; $SD = 9,12$; min. 22, max. 59), pracujących w różnych instytucjach podejmujących działania socjoterapeutyczne z województwa wielkopolskiego i małopolskiego, z których najliczniej reprezentowane były szkoły, poradnie psychologiczno-pedagogiczne i świetlice socjoterapeutyczne¹⁸.

Tabela 1

Charakterystyka osób badanych (N = 77)

Zmienne socjodemograficzne		Częstość	Procent
Płeć	kobiety	67	87
	mężczyźni	9	11,7
Wykształcenie	średnie	1	1,3
	licencjat	2	2,6
	magisterium	71	92,2
	doktorat	2	2,6
Kursy	dodatkowe kursy	67	87,0
	specjalistyczne dot. socjoterapii	39	50,6

¹⁸ Więcej w: B. Jankowiak, E. Soroko, *Style socjoterapeutycznej pracy grupowej z dziećmi i młodzieżą*.

Charakterystyka placówek socjoterapeutycznych (sposoby pracy i przyjmowanie do grup)

W próbie objętej badaniami większość dzieci i młodzieży przyjmowanej na socjoterapię jest diagnozowana zarówno przez pedagoga, jak i psychologa. Ponad połowa (54,5%) badanych odpowiedziała, że w ich placówce wykonywane są obydwie diagnozy. Jeśli prowadzona jest diagnoza jedna, to jest to zazwyczaj diagnoza pedagogiczna (24,7%), rzadziej psychologiczna (7,8%). Około dwanaście procent (11,7%) uczestników grup – zdaniem socjoterapeutów – nie podlega żadnemu diagnozowaniu. Kierują na socjoterapię zazwyczaj rodzice (66,2%), pedagog (61%) i poradnia psychologiczno-pedagogiczna (54,5%) oraz wychowawca (50,6%), nieco rzadziej psycholog (44,2%). Pojawiają się też zgłoszenia samodzielne (39%), najrzadziej zgłasza kurator (24,7%). Procenty nie sumują się, ponieważ można było zaznaczyć wiele odpowiedzi, kiedy np. skierowanie pochodzi od kilku instancji naraz. Sposób prowadzenia diagnozy i skierowanie na socjoterapię może wskazywać, że ten rodzaj pomocy bardziej kojarzony jest z obszarem pedagogiki i wychowania, niż psychologii i psychoterapii.

W badanych świetlicach socjoterapeutycznych uczestnikom udziela się różnego rodzaju pomocy. Zdecydowana większość socjoterapeutów wykorzystuje metody pracy grupowej (90,9%), jednak ponad połowa pracuje także indywidualnie z uczestnikami socjoterapii (66,2%) oraz pomaga w odrabianiu lekcji (63,6%), a prawie połowa (45,5%) wykonuje inne czynności opiekuńcze. Procenty te obrazują, że socjoterapia w odbiorze socjoterapeutów to nie tylko praca z grupą, ale również towarzyszenie w codziennych zadaniach.

Ponad połowę prowadzonych przez osoby badane grup stanowią grupy zamknięte (53,42%), a 34,25% – grupy otwarte, 12,33% – półotwarte. Uzyskane od socjoterapeutów dane odnośnie sposobu funkcjonowania grup potwierdzają, że ta forma pomocy skierowana jest przede wszystkim do dzieci ze szkoły podstawowej i gimnazjalnej. Najmłodszy uczestnik grup mają 4 lata, najstarsi – 22 lata, a typowy uczestnik ma około 12 lat. Grupy liczą od 4 do 20 uczestników, a średnio w jednej grupie jest dziesięć osób, co wskazuje, że są to tzw. małe grupy społeczne, w których możemy oczekiwać procesu grupowego oraz innych charakterystycznych dla takich grup procesów społecznych¹⁹. Średnia liczba godzin pracy prowadzonej przez socjoterapeutę z jedną grupą w tygodniu wynosi cztery i pół godziny.

¹⁹ Por. np. B. Wojciszke, *Człowiek wśród ludzi*, Warszawa 2002.

Tabela 2

Funkcjonowanie grup

Dane na temat funkcjonowania grup	N	Min.	Max.	M	SD
Liczebność grup	76	4,0	20,0	9,888	3,01
Wiek najmłodszych uczestników	74	4	17	9,27	3,10
Wiek najstarszych uczestników	74	5	22	14,04	3,54
Najczęstszy wiek uczestników	74	5,0	28,0	11,818	3,57
Liczba godzin pracy z jedną grupą w tygodniu	76	1,0	26,0	4,605	6,25

Operacjonalizacja zmiennych

Problemy uczestników grup w perspektywie socjoterapeutów określano w kilku uzupełniających się aspektach. Po pierwsze, wskazywane były wybrane zaburzenia psychopatologiczne systemu rodzinnego oraz dzieci i młodzieży za ICD-10. Socjoterapeuci zaznaczali, jakie problemy identyfikują u uczestników oraz nadawali priorytety trzem najważniejszym. Po drugie, dookreślane były trudności w relacjach (dziecko – dorośli, dziecko – rówieśnicy, dziecko – zadanie, relacja dziecka do samego siebie²⁰). Tu socjoterapeuci przypisywali poszczególnym problemom procentowy udział w powszechności występowania. Po trzecie, obliczono dla problemów psychopatologicznych uogólnione wskaźniki obrazujące nasilenie spostrzeganych przez terapeutów problemów indywidualnych i rodzinnych uczestników grup. Wskaźniki te uzyskano na podstawie średniego obciążenia problemami psychopatologicznymi uczestnika (N = 75, M = 5,07; SD = 2,17; min. 1 problem, max. 11 problemów psychopatologicznych) oraz rodziny uczestników grup (N = 75, M = 4,09; SD = 2,02; min. 0, max. 9 problemów psychopatologicznych). Podkreślamy raz jeszcze, że charakteryzowane tutaj zmienne związane z diagnozowaniem odnoszą się do sposobu spostrzegania problemów uczestników grup przez socjoterapeutów i dotyczą wyłącznie diagnozy opisowej.

Do pomiaru nadziei na sukces zawodowy zastosowano Kwestionariusz nadziei na sukces KNS²¹, mierzący siłę oczekiwań pozytywnych efektów własnych działań. Osoby uczestniczące w badaniach odnoszą się do 12 stwierdzeń, na skali od 1 – „twierdzenie to jest zdecydowanie nieprawdziwe” do 8 – „twierdzenie to jest zdecydowanie prawdziwe”. Wynikiem ogólnym

²⁰ Za: J. Strzemieczny, *Zeszyty Socjoterapeutyczne*.

²¹ M. Łaguna, J. Trzebiński, M. Zięba, *Kwestionariusz nadziei na sukces*. Podręcznik, Warszawa 2005.

nym jest suma punktów, stanowiąca wskaźnik ogólnego poziomu nadziei na sukces. Narzędzie składa się z dwóch podskal: umiejętność znajdowania rozwiązań (UZR – spostrzeganie siebie jako osoby zdolnej i zaradnej, umiejętność znajdowania celów, wiedza i kompetencje intelektualne by egzekwować wolę) i siła woli (SW – przekonanie o skuteczności siebie jako wykonawcy, szczególnie kiedy występują przeszkody i zmęczenie na drodze osiągnięcia celu). Jak wskazują wskaźniki zgodności wewnętrznej, narzędzie ma wysoką rzetelność (alfa Cronbacha wynosi między 0,76 do 0,86) oraz zadowalającą trafność.

Emocjonalne funkcjonowanie w pracy socjoterapeutycznej badano w aspekcie nasilenia negatywnych i pozytywnych emocji, które aktywują się sytuacyjnie w odniesieniu do pracy socjoterapeutycznej. Zastosowano skalę uczuć pozytywnych i negatywnych SUPIN – wersja C20²². Osoby badane zapoznając się z listą 20 przymiotników określają, jak czują się na ogół lub zazwyczaj (w niniejszym badaniu z dodatkowym wskazaniem, że chodzi o odniesienie się do swoich doświadczeń pracy jako socjoterapeuta/socjoterapeutka), przyznając punkty od 1 – kiedy czują się tak, jak wskazuje przymiotnik „nieznacznie lub wcale” do 5 – „bardzo silnie”. Kwestionariusz składa się z dwóch podskal: uczucia pozytywne i uczucia negatywne. Skale mają wysoką trafność (alfa Cronbacha wynosi ok. 0,9) i zadowalającą trafność wewnętrzną, prognostyczną i moc dyskryminacyjną²³.

Poczucie kompetencji badane było za pomocą jednej próby o określenie, w jakim zakresie (od 0 do 10, gdzie 0 odpowiadało „brak”, a 10 – „bardzo silne poczucie kompetencji”) mają poczucie kompetencji zawodowych w pracy socjoterapeutycznej.

Wyniki i dyskusja

Problemy uczestników grup socjoterapeutycznych w perspektywie socjoterapeutów – wybrane problemy diagnozy opisowej

Postanowiono sprawdzić, w jakich relacjach interpersonalnych socjoterapeuci najczęściej postrzegają problemy dzieci i młodzieży. Wyniki procentowe pokazują, że większość socjoterapeutów dostrzega problemy uczestników prowadzonych przez siebie grup w relacjach dziecko – dorośli, np. relacje z rodzicami, nauczycielami (27,3%), oraz dziecko do samego siebie, jak np. obraz siebie, samoocena (26%), trochę rzadziej wskazywano na pro-

²² PANAS, Watson, Clark, 1988, za: P. Brzozowski, *Skala uczuć pozytywnych i negatywnych SUPIN. Polska adaptacja PANAS Davida Watsona i Lee Anny Clark. Podręcznik*, Warszawa 2010.

²³ Por. tamże.

blemy z rówieśnikami, np. w klasie szkolnej, na podwórku (16,9%) oraz z zadaniami, jak nauka szkolna czy obowiązki (11,7%). Można przypuszczać, że taki sposób umiejscowienia problemów wspomaganych wynika z ogólnych celów praktyki socjoterapeutycznej, w której prowadzący w największym stopniu pomagają w problemach dotyczących funkcjonowania interpersonalnego (np. w obszarze kształtowania umiejętności społecznych) i emocjonalnego (np. w odniesieniu do akceptacji siebie). Ponadto, uczestnictwo w grupie socjoterapeutycznej pozwala na pracę w obszarze poszczególnych relacji międzyludzkich. Socjoterapeuta jest bowiem dorosłym, z którym uczestnik grupy buduje relację z autorytetem, przeżywając go w złożony psychologicznie sposób (np. jako ciepłego i wysłuchującego, nadmiernie krytycznego, czy zmuszającego do pracy nad sobą). Sposób wchodzenia w relację z socjoterapeutą jest więc znaczący w kontekście rozumienia problemów uczestnika z relacjami z innymi dorosłymi i jednocześnie utworzenie pozytywnej relacji może działać korekcyjnie wobec trudności doświadczanych w relacjach z innymi ważnymi dorosłymi. Z kolei, sposób funkcjonowania w grupie jest istotny dla rozumienia nawiązywania przez młodego człowieka relacji z rówieśnikami i jednocześnie daje możliwość zdobycia umiejętności nawiązywania prawidłowych związków interpersonalnych poza grupą. Ponadto, pozytywne doświadczenia udziału w tej formie terapii mogą przełożyć się na podniesienie samooceny i utworzenie pozytywnego, adekwatnego obrazu siebie. Samą socjoterapię można także potraktować jako specyficzne zadanie, że ktoś jest w stanie się z niego wywiązać (np. przestrzegając kontraktu) i daje szansę na zdobycie doświadczenia w radzeniu sobie z wyzwaniami zewnętrznymi i może przełożyć się na poprawę wywiązywania się z innych zadań życiowych.

W analizach w dalszej kolejności odniesiono się do indywidualnych i rodzinnych problemów formułowanych w kategoriach psychopatologicznych (wybrane jednostki nozologiczne za ICD - 10). W tabeli 3 przedstawiamy wyniki pokazujące oszacowania problemów psychopatologicznych u uczestników i w ich rodzinach. Na początku warto zaznaczyć, że częstsze i rzadsze rozpoznawanie problemów może mieć różne przyczyny: kontekst instytucjonalny socjoterapii (typ placówki, np. świetlica socjoterapeutyczna przy szkole, w której pomoc psychopedagogiczna dotyczy także pomocy w problemach szkolnych), wiedza socjoterapeutów wynikająca z wykształcenia oraz rzeczywiste częstsze występowanie tych problemów u uczestników.

Najczęściej rozpoznawane przez socjoterapeutów problemy uczestników grup to: zaburzenia związane z uczeniem się (74%), doświadczanie przemocy (72,7%), ADHD (68,8%), zaburzenia lękowe (58,4%). Najrzadziej problemy te dotyczą narkomanii (15,6%), depresji i myśli samobójczych (16,9%)

oraz zaburzeń odżywiania (18,2%). Można przypuszczać, że rzadziej rozpoznawane przez socjoterapeutów problemy wymagają innego typu pomocy np. psychoterapii, leczenia psychiatrycznego, czy terapii uzależnień od narkotyków i w związku z tym osoby doświadczające tego typu problemów nie są kierowane na socjoterapię. Najczęściej występujące problemy w rodzinie uczestników grup socjoterapeutycznych to w opinii terapeutów: alkoholizm (80,5%), przemoc (70,1% - sprawca w rodzinie, 55,8% - ofiara w rodzinie) i jedna z form przemocy, czyli zaniedbanie (74%). Najbardziej socjoterapeuci rozpoznają w rodzinach swoich podopiecznych zaburzenia odżywiania (5,2%) oraz narkomanię (16,9%).

Tabela 3

Problemy psychopatologiczne rozpoznawane przez socjoterapeutów u uczestnika grupy oraz jego rodziny

Problemy psychopatologiczne uczestnika grupy	Uczestnik		Rodzina	
	Częstość	Procent	Częstość	Procent
Choroby somatyczne	28	36,4	26	33,8
Zaburzenia związane z uczeniem się (np. dysleksja)	57	74,0	brak danych	brak danych
ADHD	53	68,8	brak danych	brak danych
Zaburzenia lękowe	45	58,4	17	22,1
Zaburzenia odżywiania	14	18,2	4	5,2
Przemoc - sprawca	40	51,9	54	70,1
Przemoc - ofiara	56	72,7	43	55,8
Alkoholizm	24	31,2	62	80,5
Narkomania	12	15,6	13	16,9
Depresja i próby samobójcze	13	16,9	21	27,3
Zaniedbanie	30	39,0	57	74,0
Inne	8	10,4	10	13,0

Uzyskane oszacowania wskazują, że problem alkoholowy i przemoc w rodzinie obserwowane są najczęściej, co jest zgodne z wiedzą o czynnikach ryzyka powstawania zaburzeń u dzieci i młodzieży, ale także z praktykami kwalifikacji uczestników do socjoterapii oraz organizacji, które takie działania mają w swoich statutach (np. świetlice socjoterapeutyczne dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym). Uzyskane wyniki potwierdzają, że problemy w domu rodzinnym współwystępują z problemami indywidualnymi uczestników grup ($p < 0,001$; r Pearsona = 0,673), stanowiąc czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń u dzieci i młodzieży (skorelowano wskaźniki

uogólnione, czyli średniego obciążenia problemami psychopatologicznymi uczestnika i rodziny). W dalszej części przyjrzymy się dokładniej współzależnościom między badanymi problemami.

W celu rozpoznania, jakie poszczególne problemy rodzinne oraz indywidualne współwystępują w oszacowaniach badanych socjoterapeutów, wykonano hierarchiczną analizę skupień metodą aglomeracji Warda dla danych binarnych i wyróżniono dwie grupy trudności uczestników oraz ich rodzin: 1) grupę problemów związanych z występowaniem problemu alkoholowego i przemocy w rodzinie oraz prawdopodobnymi konsekwencjami tych problemów w postaci zaburzeń lękowych, zaburzeń zachowania, ADHD oraz zaburzeń uczenia się oraz 2) grupę „głębszych”, specyficznych zaburzeń indywidualnych i rodzinnych, która jednocześnie składała się z problemów rzadziej identyfikowanych. W tabeli 4 zaprezentowano obydwie grupy problemów.

Tabela 4

Grupy problemów uczestników socjoterapii i ich rodzin

Grupa problemów	Charakterystyka grupy	Problemy psychopatologiczne dziecka i rodziny
Grupa 1	Grupa problemów związanych z występowaniem problemu alkoholowego i przemocy w rodzinie	Przemoc – sprawca w rodzinie
		Przemoc – ofiara w rodzinie
		Przemoc – ofiara dziecko
		Przemoc – sprawca dziecko
		Zaburzenia lękowe dziecka
		Alkoholizm w rodzinie
		Zaniedbanie w rodzinie
		ADHD u dziecka
		Zaburzenia związane z uczeniem się (np. dysleksja) u dziecka.
Grupa 2	Grupa „głębszych”, specyficznych zaburzeń indywidualnych i rodzinnych	Zaburzenia odżywiania dziecka
		Zaburzenia odżywiania rodzin
		Depresja i próby samobójcze dziecka
		Narkomania dziecka
		Narkomania w rodzinie
		Zaburzenia lękowe w rodzinie
		Depresja i próby samobójcze w rodzinie
		Alkoholizm dziecka
		Zaniedbanie dziecka
		Choroby somatyczne dziecka
		Choroby somatyczne w rodzinie

Grupa problemów związanych z występowaniem problemu alkoholowego i przemocy w rodzinie oraz ich prawdopodobnymi konsekwencjami w postaci zaburzeń lękowych, zaburzeń zachowania, ADHD oraz zaburzeń uczenia się

Uzyskane wyniki wskazują, że problemy systemu rodzinnego związane z uzależnieniem od alkoholu oraz przemocą współwystępują z wymienionymi wyżej problemami dzieci wychowywanych w tych rodzinach. Jakkolwiek współczesne modele genezy zaburzeń podkreślają multikauzalność zaburzeń psychicznych (por. np. wspomniany wcześniej model wielośćżkowy), to w literaturze szeroko opisywane są przyczyny powstawania zaburzeń w okresie dzieciństwa i adolescencji²⁴. Istnieje też wiele badań potwierdzających, że do powstawania zaburzeń lękowych u dzieci przyczyniają się niewłaściwe relacje rodzinne²⁵. Do zaburzeń rozwoju emocjonalnego prowadzi zarówno przemoc względem dzieci²⁶, jak i dorastanie w rodzinie z problemem alkoholowym²⁷. Wychowanie w rodzinie obciążonej alkoholizmem i przemocą jest także czynnikiem ryzyka powstania zaburzeń zachowania u dzieci w postaci zachowań agresywnych²⁸. P.C. Kendall²⁹ opisując przyczyny rodzinne zaburzeń zachowania dzieci podkreśla znaczenie alkoholizmu (szczególnie ojca) jako predestynującego do powstawania zaburzeń zachowania u dziecka, fizycznego krzywdzenia dziecka oraz obserwowanie przez dziecko aktów przemocy małżeńskiej.

W przypadku ADHD również podkreśla się wieloczynnikową etiopatogenezę nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci³⁰. Istnieją dane dotyczące roli czynników genetycznych, „mikrouszkodzeń mózgu” lub niedojrzałości neurologicznej (choć wyniki badań dotyczące dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego nie są jednoznaczne) oraz – co ważne dla tej pracy – o społecznych i środowiskowych przyczynach ADHD³¹. Jakkolwiek generalnie przyjmuje się, że zaburzenie to może nasilać się pod wpływem czynników środowiskowych, to hipoteza dotycząca roli rodziny wskazuje na pewne cechy systemu rodzinnego, przyczyniające się do tego, że dziecko nie

²⁴ Np. P.C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców*, Sopot 2015.

²⁵ Tamże.

²⁶ W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*, Kraków 2000; I. Pospiszył, *Przemoc w rodzinie*, Warszawa 1994.

²⁷ B.E. Robinson, J.L. Rhoden, *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, Warszawa 2001.

²⁸ W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*; I. Pospiszył, *Przemoc w rodzinie*.

²⁹ P.C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*.

³⁰ Tamże.

³¹ Tamże.

nabywa wystarczającej samokontroli. Są to między innymi zamęt i dezorganizacja w środowisku domowym, brak ustrukturalizowanego środowiska uczenia się, nienauczenie się poznawczych strategii modulowania uwagi³². Wiele tych cech koresponduje z charakterystykami rodzin z problemem alkoholowym, jak choćby: konfliktowość, gorsza organizacja życia rodzinnego, brak należytej opieki nad dziećmi, a zamiast tego zaabsorbowanie całej rodziny nieodpowiedzialnymi zachowaniami alkoholika³³. Problemy w funkcjonowaniu poznawczym w postaci słabych wyników w szkole, opóźnień w rozwoju intelektualnym, opóźnień w rozwoju mowy, to opisywane w literaturze konsekwencje wychowywania dzieci w rodzinach alkoholowych³⁴ oraz w których występuje przemoc³⁵. Podsumowując, uzyskane w niniejszych badaniach współwystępowanie grup problemów dzieci oraz rodzin – ujętych w terminach psychopatologicznych – jest spójne z danymi z innych badań oraz odzwierciedla realnie występujące związki między tymi różnymi kategoriami diagnostycznymi.

Grupa „głębszych”, specyficznych zaburzeń indywidualnych i rodzinnych

Współwystępowanie tych rzadziej rozpoznawanych u uczestników problemów rodzinnych (jak np. zaburzenia odżywiania w rodzinie, depresja i próby samobójcze w rodzinie, narkomania w rodzinie) i indywidualnych (jak np. zaburzenia odżywiania, depresja i próby samobójcze dziecka, uzależnienie od substancji psychoaktywnych dziecka) korespondują z opisywanymi w literaturze związkami pomiędzy głębokością patologii systemu a zaburzeniami dzieci z zaburzonych rodzin. Szczególne znaczenie w powstawaniu zaburzeń okresu rozwojowego przypisuje się takiej patologii rodzinnej, jak na przykład zaburzenia psychiczne w rodzinie lub zachowania kryminalne³⁶. Problematyka zaburzeń występujących w rodzinie, rzutuujących na występowanie psychopatologii u dzieci z tych rodzin może być rozpatrywana zarówno w kontekście uwarunkowań genetycznych określonych chorób, jak i dysfunkcyjnych relacji w rodzinach, a czasem wpływy te wzajemnie się nakładają. Na przykład, wiele źródeł wskazuje na istnienie powiązania między negatywnym charakterem relacji między rodzicami

³² Tamże.

³³ B.E. Robinson, J.L. Rhoden, *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*.

³⁴ Tamże.

³⁵ W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*, s. 88.

³⁶ I. Namysłowska, *Psychiatria dzieci i młodzieży (wybrane zagadnienia)*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 2001.

a dzieckiem (odrzućenie, wrogość, zaniedbanie) a występowaniem depresji u tych dzieci³⁷. Ponadto, liczne wyniki badań wskazują na genetyczne uwarunkowania depresji, czyniąc z niej w tym sensie chorobę rodzinną, z którą rodziny żyją przez lata³⁸. W przypadku zaburzeń odżywiania szeroko opisywane są rodzinne uwarunkowania; np. podkreśla się problemy dotyczące separacji od systemu rodzinnego w anoreksji³⁹, patologię relacji matka – dziecko w anoreksji i bulimii⁴⁰ lub inne rodzinne determinanty, jak choćby przedłużająca się wzajemna zależność dzieci od rodziców oraz rodziców od dzieci, czy też nacisk na sukcesy dzieci jako miernik prestiżu rodziców⁴¹. Zaburzenia w funkcjonowaniu dziecka w tej grupie są dużo poważniejsze niż w przypadku pierwszej grupy problemów. Same działania socjoterapeutyczne mogą być niewystarczające, z powodu zalecenia lub konieczności bardziej specjalistycznych form pomocy, np. farmakoterapii, psychoterapii, terapii uzależnień.

Sposób spostrzegania problemów uczestników grup socjoterapeutycznych i ich rodzin a funkcjonowanie zawodowe socjoterapeutów

Wyniki badań wykazały istnienie zależności pomiędzy tworzeniem obrazu problemów uczestników grup a funkcjonowaniem zawodowym socjoterapeutów wyłącznie w obszarze funkcjonowania emocjonalnego i tylko w odniesieniu do problemów ujmowanych w kategoriach psychopatologicznych, a nie relacyjnych. Tym więcej prowadzący grupy doświadczają negatywnych emocji, im więcej dostrzegają problemów psychopatologicznych indywidualnych ($r = 0,26$; $p < 0,05$) oraz rodzinnych ($r = 0,34$; $p < 0,01$) u uczestników grup. Wyniki pokazują, że negatywne emocje u terapeutów wiążą się głównie z grupą głębszych problemów psychopatologicznych uczestników i ich rodzin ($r = 0,31$; $p < 0,01$). Nie wykazano związków istotnych statystycznie pomiędzy przeżywanymi przez socjoterapeutów emocjami (zarówno pozytywnymi, jak i negatywnymi) a dostrzeganiem trudności wspomaganych w relacjach. Uzyskane wyniki można rozumieć tak, że opis problemów uczestników w sposób wyrażający funkcjonowanie relacyj-

³⁷ P.C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*.

³⁸ Tamże.

³⁹ I. Namysłowska, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, s. 377.

⁴⁰ P.C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, s. 123-136.

⁴¹ D. Mroczkowska, B. Ziółkowska, A. Cwojdzńska, *Zaburzenia odżywiania. Poradnik dla rodziców i bliskich*, Warszawa 2007, s. 21.

ne ma tę przewagę nad nozologicznym, że nie obciąża emocjonalnie prowadzących grupę. Nie zaobserwowano związków istotnych statystycznie pomiędzy dostrzeganiem problemów psychopatologicznych u uczestników i ich rodzin, jak również w funkcjonowaniu relacyjnym a nadzieją na sukces. Oznacza to, że ilość i głębokość dostrzeganych problemów oraz w jakiego typu relacjach one występują nie modyfikuje przekonania o własnej skuteczności zawodowej, możliwości egzekwowania swojej woli, dążenia do celu oraz znajdowania rozwiązań problemów. Prawdopodobnie zatem, rozpoznawanie dużego nasilenia problemów rodzinnych i indywidualnych sprzyja negatywnym uczuciom w pracy zawodowej, ale nie powoduje przekonania o braku własnej skuteczności zawodowej.

Tabela 5

Rozpoznawane problemy uczestników a funkcjonowanie emocjonalne i poznawcze socjoterapeutów (korelacje dwustronne r Pearsona lub ρ Spearmana)
(N w przedziale od 71 do 75)

Problemy uczestników grup	SUPIN uczucia pozytywne	SUPIN uczucia negatywne	KNS znajdowanie rozwiązań	KNS siła woli	KNS	Poczucie kompetencji
Nasilenie problemów indywidualnych (r Pearsona)	0,091	0,257*	0,077	- 0,009	0,039	0,237*
Nasilenie problemów rodzinnych (r Pearsona)	- 0,024	0,339**	0,117	0,024	0,085	0,110
Grupa problemów związanych z alkoholem i przemocą w rodzinie (ρ Spearmana)	0,062	0,149	0,117	0,118	0,062	0,165
Grupa głębszych zaburzeń indywidualnych i rodzinnych (ρ Spearmana)	-0,033	0,310**	-0,021	-0,185	-0,100	0,217

Problemy uczestników grup	SUPIN uczucia pozytywne	SUPIN uczucia negatywne	KNS znajdowanie rozwiązań	KNS siła woli	KNS	Poczucie kompetencji
Problemy w relacji dziecko-dorosły (r Pearsona)	-0,008	0,053	-0,125	-0,225	-0,199	-0,264*
Problemy w relacji dziecko-rówieśnicy (r Pearsona)	-0,158	-0,164	-0,136	0,124	-0,010	0,026
Problemy w relacji dziecko-zadanie (r Pearsona)	-0,135	-0,118	-0,160	-0,076	-0,146	-0,094
Problemy w relacji dziecko do siebie (r Pearsona)	-0,052	0,179	0,103	0,092	0,116	0,058

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$.

Sposób spostrzegania problemów uczestników grup socjoterapeutycznych i ich rodzin a poczucie kompetencji zawodowych socjoterapeutów

Uzyskane wyniki wykazały istnienie istotnych statystycznie zależności między rozpoznawaniem psychopatologicznych problemów indywidualnych u uczestników grup a poczuciem kompetencji socjoterapeutów. Przewodzący grupy o wyższym poczuciu kompetencji zawodowych rozpoznają więcej problemów indywidualnych wspomaganych ($r = 0,24$; $p < 0,05$). Wynik ten może obrazować różne zjawiska. Pogłębienie procesu diagnozy oraz umiejętności interpersonalnych pomaga socjoterapeutom wejść w bliższą relację z uczestnikami grup, dzięki czemu mają szansę rozpoznać więcej obszarów trudności indywidualnych, ale uzyskane wyniki nie dają możliwości weryfikacji, na ile stawiane diagnozy są prawidłowe. Jednocześnie socjoterapeuci o wyższym poczuciu kompetencji dostrzegają mniej problemów w relacjach uczestników grup z dorosłymi ($r = -0,26$; $p < 0,05$). Można przypuszczać, że takiego typu trudności socjoterapeuci stwierdzają także, kiedy sami odczuwają problemy względem wspomaganych i być może osoby o wyższym poczuciu kompetencji potrafią stosować bardziej skutecznie umiejętności interpersonalne w kontakcie z uczestnikami grup i w związku

z tym nie odbierają zachowań uczestników wobec siebie jako trudnych dla nich samych, co rzutuje na sposób postrzegania trudności także z innymi dorosłymi.

Konkluzje, ograniczenia, kierunki przyszłych badań

Ta część analiz, w których dokonano eksploracji tego, jaką diagnozę opisową stawiają socjoterapeuci, pokazała pewne ogólne tendencje w identyfikowaniu problemów relacyjnych (częstsze zauważanie problemów z dorosłymi oraz dziećmi ze sobą), a także uczestników i ich rodzin (głównie problemy z uczeniem się, przemocą oraz alkoholizmem w rodzinach). Właściwe zrozumienie powodów oraz skutków takich tendencji wymaga jednak dalszych badań i refleksji. Grupowanie współwystępowania rozpoznawanych problemów jednostki oraz rodziny potwierdza wyodrębniane w innych badaniach – z obszaru psychologii klinicznej dzieci i młodzieży – aspekty etiopatogenetyczne (szczególnie współwystępowanie zaburzeń lękowych, ADHD, czy zaburzeń uczenia się z alkoholizmem w rodzinach). Z kolei, część analiz, w których eksplorowano związki między tendencjami do rozpoznawania poszczególnych problemów i podgrup problemów (zarówno relacyjnie, jak i nozologicznie) a funkcjonowaniem zawodowym socjoterapeutów, wskazuje generalnie na: 1) znaczenie powagi stawianych diagnoz dla wyższego nasilenia negatywnych uczuć w pracy zawodowej oraz 2) brak związków z nadzieją na sukces własnych oddziaływań. Uzyskane wyniki sugerują też, że opis problemów uczestników w sposób wyrażający funkcjonowanie relacyjne ma tę przewagę nad nozologicznym, że nie obciąża emocjonalnie prowadzących grupę, a sposób opisu problemów – relacyjny bądź w kategoriach psychopatologicznych – nie modyfikuje przekonania o własnej skuteczności zawodowej.

Prezentowanie badania są bardzo wstępne i mają wiele ograniczeń. Na przykład, ograniczeniem wpływającym na generalizowalność wyników jest dobór próby. Badania niniejsze objęły głównie socjoterapeutów pracujących w szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych i świetlicach socjoterapeutycznych, czyli placówkach wychowawczych i oświatowych. Można przypuszczać, że socjoterapia prowadzona w placówkach resocjalizacyjnych może konfrontować socjoterapeutów z innego typu problemami uczestników grup. Kolejnym ograniczeniem badania jest koncentracja na tzw. diagnozie negatywnej, w jakiej poszukiwano rozpoznawanych przez socjoterapeutów problemów wspomaganych, a pominięcie diagnozy pozytywnej⁴².

⁴² I. Obuchowska, *Dynamika nerwic. Psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*, Warszawa 1991.

Sposób spostrzegania zasobów uczestników grup może okazać się znaczący dla funkcjonowania zawodowego socjoterapeutów. Ponadto, w niniejszych badaniach ograniczono się do obrazu problemów wspomaganych związanych z diagnozą psychologiczną, pomijając równie istotną w socjoterapii diagnozę pedagogiczną.

Prezentowane wyniki badań dotyczące kwestii diagnozowania w socjoterapii wydają się dopiero początkiem naukowej eksploracji tej problematyki. Pozostają do poruszenia pozostałe problemy diagnozy opisowej, także pozytywnej, diagnoza wyjaśniająca, czy też diagnoza procesu grupowego. Mamy nadzieję, że obszar ten będzie nadal szerzej i dogłębniej badany, wzbogacając praktykę socjoterapeutyczną o dowody empiryczne, prowadząc w konsekwencji do badań nad skutecznością oddziaływań socjoterapeutycznych i wprowadzając dobrą praktykę w obszarze stosowania diagnozy w socjoterapii.

BIBLIOGRAFIA

- Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A., *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2000.
- Beck J., *Terapia poznawcza*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2007.
- Brzozowski P., *Skala uczuć pozytywnych i negatywnych SUPIN. Polska adaptacja PANAS Davida Watsona i Lee Anny Clark*. Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2010.
- Cierpiałkowska L., *Alkoholizm. Przyczyny, leczenie, profilaktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Poznań 2000.
- Cierpiałkowska L., *Psychopatologia*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007.
- Gacek M., *Pomoc psychologiczna dziecku i jego rodzinie. Diagnoza*, [w:] *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży*, red. W. Pilecka, Wydawnictwo UJ, Kraków 2011.
- Jagiela J., *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*, Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2009.
- Jankowiak B., Soroko E., *Socjoterapia a inne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, [w:] *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. B. Jankowiak, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2013.
- Jankowiak B., Soroko E., *Style socjoterapeutycznej pracy grupowej z dziećmi i młodzieżą z perspektywy czynników pomocowych*, *Studia Edukacyjne*, 2014, 31.
- John-Borys M., *Socjoterapia – jak zachodzi zmiana zachowania?* [w:] *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, red. M. Deptuła, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2005.
- Kendall P.C., *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2015.
- Kościelska M., *Psychologia kliniczna dziecka*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.

- Łaguna M., Trzebiński J., Zięba M., *Kwestionariusz nadziei na sukces. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2005.
- Marcelli D., *Psychopatologia wieku dziecięcego*, Elsevier, Wrocław 2013.
- Mroczkowska D., Ziółkowska B., Cwojdzńska A., *Zaburzenia odżywiania. Poradnik dla rodziców i bliskich*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2007.
- Namysłowska I., *Psychiatria dzieci i młodzieży (wybrane zagadnienia)*, [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.
- Obuchowska I., *Dynamika nerwic. Psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa 1991.
- Pospiszył I., *Przemoc w rodzinie*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1994.
- Robinson B.E., Rhoden J.L., *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, PARPA, Warszawa 2001.
- Sakowicz T., *Dysfunkcjonalność rodziny jako przeszkoda prawidłowej socjalizacji i resocjalizacji młodzieży – możliwości optymalnych oddziaływań*, [w:] *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przezwyciężania*, red. T. Sołtysiak, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2005.
- Sawicka K., *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, [w:] *Socjoterapia*, red. K. Sawicka, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa 1999.
- Słysz A., *Główne czynniki zmiany w socjoterapii dzieci i młodzieży*, [w:] *Pojęcie zmiany w teorii i praktyce psychologicznej*, red. J. Szłapińska, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2008.
- Soroko E., *Integracyjne modele w diagnozie zaburzeń osobowości*, [w:] *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, red. L. Cierpiałkowska, E. Soroko, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014.
- Strzemieczny J., *Zeszyty Socjoterapeutyczne*, PTP, Warszawa 1988.
- Sue D., Sue D.W., Sue S., *Understanding Abnormal Behavior*, Cengage Learning, Wadsworth 2010.
- Wilk M., *Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2014.
- Wojciszke B., *Człowiek wśród ludzi*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002.