

EWA WYSOCKA

Uniwersytet Śląski

## DIAGNOZA POZYTYWNA W DZIAŁALNOŚCI PEDAGOGA RESOCJALIZACYJNEGO – ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE I METODOLOGICZNE IDENTYFIKACJI ZABURZEŃ W PRZYSTOSOWANIU

Nie możemy wybierać ram dla swojego losu. Ale dajemy mu treść  
(Hammar skjöld 1981, s. 37)

**Abstrakt:** W opracowaniu przedstawiono model teoretyczny i model metodologiczny diagnozy resocjalizacyjnej. W kolejnych akapitach dokonano analizy sposobu rozumienia procesu diagnozy, niedostosowania społecznego (w ujęciu pozytywnym i w koncepcji *resilience*) oraz przedstawiono zalecenia do prowadzenia diagnozy w resocjalizacji. Wskazano i opisano główne obszary diagnozy: indywidualny i środowiskowy, a także najważniejsze elementy procesu diagnozy w ujęciu pozytywnym i negatywnym (model komplementarny).

**Słowa kluczowe:** diagnoza, diagnoza w resocjalizacji, model diagnozy, *resilience*, diagnoza pozytywna (zasobów), diagnoza negatywna (deficytów)

### WPROWADZENIE – PERSPEKTYWA TEORETYCZNA OPISU I WYJAŚNIANIA ROZWOJU CZŁOWIEKA

Życ biernie, bez przeszłości i bez przyszłości. Może tak wygląda raj  
(Eco 2005, s. 220)

Coraz częściej w różnych refleksjach naukowych pojawia się pytanie o sens resocjalizacji w kontekście jej efektywności. Odpowiadamy na nie różnie, zależnie od przyjętych kryteriów oceny i sfer, które oceniamy. Jednak jeśli weźmiemy pod uwagę jej efektywność, zwykle mamy wątpliwości, czy działania resocjalizujące

spełniają swoją funkcję. Oczywiście jest, iż jednym z najważniejszych czynników determinujących efektywność resocjalizacji jest prawidłowo realizowany proces diagnostyczny, powiązany immanentnie z procesem wychowania resocjalizującego. Oznacza to, że oba procesy prowadzone są w jednym paradygmacie teoretyczno-metodologicznym, zaś diagnoza stanowi podstawę, adekwatnie do jej rezultatów, projektowanych działań resocjalizacyjnych. Oba procesy wzajemnie się przenikają, czyli diagnoza jest pogłębianą, a metody działania są modyfikowane zależnie od dokonującego się procesu poznawania jednostki nieprzystosowanej społecznie.

Punkt wyjścia w konceptualizacji obszarów, zakresu i przedmiotu diagnozy stanowią możliwe do przyjęcia w pedagogice resocjalizacyjnej: a) koncepcja osobowości jako systemu współzależności, gdzie rozwój jednostki traktowany jest jako zmienny proces, na który oddziałuje wiele sprzecznych sił wewnętrznych i zewnętrznych (Kaufmann 2004, s. 214); b) koncepcja dynamicznego „systemu ustosunkowań wobec świata” (Świda 1974, za: Marynowicz-Hetka 2006, s. 36), która implikowana jest pedagogiczną i psychologiczną perspektywą widzenia podmiotu jej zainteresowań, a więc człowieka w trakcie stawania się (tworzenia się, procesu rozwoju); c) koncepcja *resilience* jako procesy i mechanizmy, które sprzyjają prawidłowemu (pozytywnemu) funkcjonowaniu jednostki pomimo występujących w jej życiu przeciwności losu, czynników ryzyka i zagrożeń rozwojowych, traumatycznych przeżyć ulokowanych w biografii człowieka (Borucka 2011, s. 12; Borucka, Ostaszewski 2008; Christiansen, Evans 2005; Ferguson, Horwood 2003; Luthar, Cicchetti 2000; Luthar, Cicchetti, Becker 2000a,b; Luthar, Zelazo 2003; Ostaszewski, Zimmerman 2006; Rutter 2003; Taylor, Wang 2000; Zimmerman, Arunkumar 1994).

Lokuje to proces diagnozy w wiedzy z zakresu psychologii i pedagogiki społecznej, psychologii rozwojowej i zdrowia, pedagogiki specjalnej i w naukach biologicznych, czyli wyznacza traktowanie zjawiska nieprzystosowania społecznego (i jego diagnozy) w ujęciu interdyscyplinarnym (transdyscyplinarnym), a włączając w ten proces postdiagnostyczny związany z działaniem ukierunkowanym na zmianę – w ujęciu transwersalnym (Marynowicz-Hetka 2006). Wskazuje to także ogólnie przedmiot diagnozy, a więc różnie ujmowane warunki decydujące o procesie „powstawania jednostki ludzkiej”, a konkretnie problemy jej rozwoju, czyli rozwój biopsychiczny w pełnym cyklu życia w sensie przyrodniczym, kulturowym i osobowym (Schulz 2004, s. 117, za: Marynowicz-Hetka 2006, s. 36).

W proponowanym ujęciu istotne są różne kategorie opisu człowieka: wielowymiarowość (różne sfery funkcjonowania) i ciągłość (proces rozwoju w pełnym cyklu życia). Bierze się też pod uwagę ukierunkowanie rozwoju: prospołeczny, prorozwojowy vs. antyspołeczny, destrukcyjny rozwojowo. Wiąże się to pośrednio z różnymi mechanizmami rozwojowymi: wychowanie vs. samowychowanie,

podleganie wpływom środowiska vs. oddziaływanie na środowisko życia (asymilacja vs. akomodacja), które muszą być we względnej równowadze, by człowiek prawidłowo się rozwijał (był w zgodzie z sobą i zewnętrznym światem).

Ujęcie to lokuje proces diagnozy w podstawowym dla poznania człowieka paradygmacie psychologii pozytywnej (Argyle 2004; Carr 2009; Czapiński 2004a, b; Seligman 1975, 1996, 2002, 2004) i resocjalizacji pozytywnej (Ostrowska 2008, 2010) skoncentrowanej na kreacji i resocjalizacji twórczej (Konopczyński 1996, 2006), co powoduje konieczność identyfikacji specyficznych potencjałów jednostki (diagnoza pozytywna).

Człowieka w naukach społecznych, a więc też w pedagogice i w psychologii, traktuje się jako byt wielowymiarowy (Kozielecki 1988) w sensie jego wieloaspektowej charakterystyki i wielorakiego zdeterminowania (biopsychospołecznego), a także „bycia” podmiotem aktywnie kreującym siebie i własne otoczenie (podmiot poznający, refleksyjny, myślący i działający) oraz podlegającym oddziaływaniom (wychowanie, socjalizacja). Jak twierdzi Roman Schulz (2004, s. 117, za: Marynowicz-Hetka 2006, s. 36–37), człowiek jednocześnie podlega opiece i opiekuje się innymi, podlega socjalizacji i inkulturacji, ale także indywidualizuje swój byt, jest wychowywany, ale i aktywnie kreuje siebie. Wydaje się, że w tym kontekście można włączyć w koncepcję wyjaśniającą nieprzystosowanie społeczne właśnie ów pozytywny wymiar autokreacji występujący niezależnie od warunków własnego rozwoju (czynników ryzyka), czyli koncepcję *resilience*.

## PROCES DIAGNOZY W RESOCJALIZACJI – JEGO GŁÓWNE WYZNACZNIKI I PROBLEMY

Jeśli psychiatra nie zadowala się tylko naklejeniem etykiety diagnostycznej, a stawia sobie ambitny cel poznania drugiego człowieka... wówczas z góry musi przyznać się do klęski. Cel bowiem mieści się w nieskończoności...  
Można użyć porównania, że jest to pogoń za słońcem tonącym w morzu; wydaje się, że wystarczy przepłynąć kilka kilometrów, by dotknąć złocistej tarczy (Kępiński 1989, s. 7)

W humanistycznym ujęciu diagnozy zakłada się konieczność indywidualizowania opisu ludzkiego bytu i biografii jednostki, a więc ostrożność w przyjmowaniu założeń o naturze zaburzeń w rozwoju. Wyjściowe ustalenia wiążą się z procesem schematyzowania podmiotu i przedmiotu poznania. Każda bowiem schematyzacja powoduje naturalne ograniczenie obszaru poznania, a także istoty problemów doświadczanych przez diagnozowaną jednostkę. Musimy przyjąć wyjściowe założenie o relatywnym obowiązywaniu różnych koncepcji wyjaśniających mechanizmy

funkcjonowania człowieka, ze względu na zmienne warunki jego życia, zarówno w ujęciu indywidualnym (biograficznym, zmiany indywidualne), pokoleniowym (zmiany wspólne), jak i globalnym (zmiany społeczno-kulturowe). Z perspektywy metodologicznej uzupełniającym założeniem, zwiększającym prawdopodobieństwo prawidłowej diagnozy, jest relatywność poznania, co wymaga dialogowej formy poznania i wielorakiego odczytywania (interpretacji) rzeczywistości. Strukturę i zasady prowadzenia diagnozy wyznaczają zatem wyjściowo podstawowe pytania decydujące o przyjętym jego modelu: **kto i dla kogo, po co i z jakiego punktu widzenia** dokonuje rozpoznania. Nie zawsze jednak porządkujemy proces poznania jednostki i środowiskowego kontekstu jej rozwoju wedle świadomie przyjętych założeń o konieczności jego relatywizacji i ze świadomością ograniczoności naszego poznania wynikającej z przyjętych założeń teoretycznych. Musi to skutkować brakiem jego efektywności. Musimy sobie zdawać sprawę z tego, że diagnoza resocjalizacyjna jest szczególnie trudna ze względu na społeczną ocenę (naznaczanie) i indywidualne nastawienie do procesu diagnozy jednostki niedostosowanej społecznie (przymus badania), co wpływa na dokonywane oceny i jakość pozyskiwanych informacji.

W odniesieniu do jednostek wadliwie przystosowanych charakter ich zaburzeń w sposób niejako naturalny – ze względu na funkcjonujące w przestrzeni społeczno-kulturowej „etykiety” (naznaczanie) i zachowaną zdolność intelektualną wyznaczającą indywidualną świadomość ich występowania i sposobu społecznej oceny – powoduje w podmiocie poznawanym poczucie przymusu badania i dokonywania negatywnej oceny jego sytuacji życiowej i zachowania, co może powodować postawę oporu, zaś ostatecznie skutkować zafałszowaniem – celowym lub nieświadomym – pozyskiwanych informacji. Charakter i jakość nastawień społecznych wobec jednostki nieprzystosowanej społecznie powoduje, że działanie diagnosty przebiega w warunkach trudnych psychologicznie, bowiem niełatwo jest mu zdystansować się od funkcjonujących w społeczeństwie stereotypów i schematów wyznaczających negatywne nastawienia wobec przedmiotu i tym samym podmiotu badania.

Nawet to wybiórcze zasygnalizowanie problemów diagnozy dla potrzeb resocjalizacji wskazuje, iż proces ten wymaga szczególnej autorefleksyjności i uwagi diagnosty oraz posiadania specyficznych kompetencji, co wiąże się z możliwością pojawienia się swoistych zakłóceń w procesie diagnostycznym, które przekładają się bezpośrednio na rezultat diagnozy, czyli prawidłowość dokonanego rozpoznania. Problemy te powodują także konieczność zmiany perspektywy badania, które powinno bardziej koncentrować się na zasobach indywidualnych i środowiskowych jednostki niedostosowanej społecznie (zasoby) lub przynajmniej równoważyć obie perspektywy, czyli diagnozę negatywną (deficytów) i pozytywną (zasobów).

Można skonstatować wstępnie, iż zawsze w diagnostyce tzw. zjawisk trudnych, do których należy niewątpliwie niedostosowanie społeczne, jej efekt zależy od czynników związanych z **procesem diagnozy** (założenia teoretyczno-metodologiczne, sposób badania) oraz **procesem prediagnostycznym** (kontakt diagnostyczny, osobowość badanego i diagnosty, nastawienia obu podmiotów względem siebie i nastawienia do procesu poznania), na co wskazywałam już wcześniej (Wysocka 2008).

Podkreślałam wcześniej, że diagnoza resocjalizacyjna jest jedną z najtrudniejszych w obszarze diagnozy pedagogicznej, co wiąże się ze złożonością jej przedmiotu (zjawisko nieprzystosowania i niedostosowania społecznego) i determinuje konieczność przyjęcia modelu interdyscyplinarnego w jego ocenie, a więc wymaga jednoczesnego zaangażowania w proces diagnozy interdyscyplinarnego zespołu refleksyjnych specjalistów. Najważniejszym jednak problemem diagnostycznym jest kwestia przyjęcia określonych założeń teoretycznych dotyczących zjawiska niedostosowania społecznego i ich zbieżność z modelem metodologicznym diagnozy. Chodzi zatem o wynikanie założeń metodologicznych z przyjętych teorii opisujących i wyjaśniających poznawane zjawiska (Wysocka 2007, 2008). W tej samej „konwencji teoretycznej” ulokowany musi być także proces działań postdiagnostycznych. Poświęcone temu zostaną następne dwa rozdziały (*Zrozumieć niedostosowanie społeczne* i *Poznać niedostosowanie społeczne*).

## ZROZUMIEĆ NIEDOSTOSOWANIE SPOŁECZNE – MODEL TEORETYCZNY, CZYLI OGÓLNIIE O OBSZARACH DIAGNOZY ZABURZEŃ PRZYSTOSOWANIA

Nikt nie może cię zresocjalizować. Sam siebie resocjalizujesz  
(Harris 2005, s. 317)

W zasadzie dla opisu, zrozumienia i wyjaśnienia zjawiska niedostosowania społecznego, konieczne jest – co oczywiste – uwzględnienie dwóch podstawowych obszarów diagnozy: indywidualnej, osobniczej (wewnętrznej) i środowiskowej, wychowawczej (zewnętrznej), systemowo i funkcjonalnie ze sobą powiązanych. Metaforycznie można powiedzieć, że świat życia odzwierciedla się w człowieku, a człowiek odzwierciedla się w świecie własnego życia. Dla przyjętych koncepcji teoretycznych wyznaczających obszar diagnozy (osobowość jako system współzależności i ustosunkowań wobec świata, *resilience* jako swoista siła życiowa i kreatywna) ważniejsza jest jednak perspektywa jednostki i sposobu postrzegania przez nią siebie w świecie, bowiem to, jak jednostka doświadcza życia (postrzega i ocenia) ma znaczenie rozwojowe (destruktywne vs. konstruktywne). Jednak dla diagnozy

pedagogicznej, bezpośrednio związanej z działaniem interwencyjno-wychowawczym, ważna jest także obiektywna ocena świata, by projektować działania ukierunkowane dwutorowo: na jednostkę i jej świat życia. Celem podstawowym tych działań powinna być jednak zmiana sposobu postrzegania rzeczywistości przez osobę niedostosowaną w taki sposób, by chciała swój świat kształtować i potrafiła bronić się przed zagrożeniami w nim występującymi. W obu obszarach identyfikować musimy zarówno zasoby, jak i deficyty (diagnoza pozytywna i negatywna), jednakże inaczej i zawsze indywidualnie (i systemowo) je interpretujemy w kontekście znaczenia rozwojowego dla danego przypadku: jednostka i jej świat życia powiązane są interakcyjnie – człowiek kształtowany jest przez warunki życia, które ulegają też modyfikacji na skutek tego, jak działa w świecie. Zmiany w jednostce i w świecie jej życia mogą mieć charakter pozytywnie progresywny (konstruktywny) lub negatywnie regresywny (destrukcyjny), zaś zmienną pośredniczącą w systemie tych działań może być zjawisko *resilience*, analizowane w psychologii rozwojowej i psychopatologii jako efekty rozwojowe (kształtowanie się poczucia *resilience*).

W konstruowaniu diagnozy indywidualnej można posłużyć się różnymi koncepcjami, m.in. koncepcją *resilience*. Irena Heszen i Helena Sęk (2007) definiują *resilience* jako zbiór umiejętności radzenia sobie z czynnikami stresogennymi w sposób elastyczny, giętki i twórczy, czyli konstruktywny. Wynika to częściowo z ujęcia efektów rozwoju w kategoriach skutecznego radzenia sobie z problemami, zaś zagrożenia w rozwoju wynikają wtedy z nieadekwatnych i nieskutecznych sposobów radzenia sobie z problemami naturalnymi rozwojowo (zadania rozwojowe) i moderowanymi społecznie (kulturowo, środowiskowo). Wówczas obszary diagnozy jednostki niedostosowanej społecznie możemy ująć w kategoriach oddziaływania na nią czynników zaburzających (stresorów) i czynników wspierających (zasobów), które wyznaczają swoisty dla niej poziom *resilience*, czyli umiejętności radzenia sobie z problemami życiowymi (o różnej naturze i źródłach) w sposób konstruktywny (poziom wysoki – prawidłowe przystosowanie) lub destrukcyjny (poziom niski – zaburzenia w przystosowaniu). Zjawisko to jest ważne dla resocjalizacji w tym kontekście, że negatywne doświadczenia życiowe nie zawsze prowadzą do psychopatologii rozwoju czy niepowodzeń życiowych w przyszłości, a więc i zaburzeń przystosowawczych. Wskazują na to różne badania podłużne, które dokumentują, że niewielki odsetek identyfikowanych zaburzeń w przystosowaniu na danym etapie rozwojowym przekłada się na zaburzenia w tym obszarze w przyszłości. W kontekście diagnozy zaś formułowana jest zasada monitorowania w czasie (na poszczególnych etapach pokonywania kryzysów rozwojowych) postępu i ciągłości zaburzeń. W modelu diagnozy prowadzi to do konstatacji, że poszukiwanie przyczyn problemów w funkcjonowaniu społecznym jedynie w specyficznie ujętych czynnikach ryzyka nie służy wyjaśnieniu indywidualnych różnic



w przebiegu rozwoju zaburzeń. W zasadzie zjawisko *resilience* możemy określić w aspekcie konsekwencyjnym jako **fenomen pozytywnej adaptacji** pomimo nie-sprzyjających warunków życiowych, opisujący mechanizmy pozwalające zachować dobrostan psychiczny i harmonijny rozwój w sytuacji występowania wielu czynników ryzyka (Mazur, Tabak 2008, s. 600, za: Junik 2011; por. Mazur 2007). Kluczowe zatem dla tego zjawiska są dwie kwestie: podwyższone ryzyko zagrożeń w rozwoju w sytuacji życiowej danej jednostki oraz pozytywna adaptacja, którą egzemplifikuje pokonanie przez jednostkę owego ryzyka rozwojowego (Borucka 2011, s. 12; por. Luthar, Cicchetti 2000; Luthar, Cicchetti, Becker 2000a,b).

Wspomniane wcześniej autorki, Irena Heszen i Helena Sęk (2007), opisują konstrukcję *resilience* jako: zbiór właściwości osobowościowych (*ego-resiliency*), zbiór umiejętności i kompetencji służących radzeniu sobie z problemami, umiejętność skutecznego radzenia sobie ze stresem o dużym nasileniu (elastyczne i twórcze radzenie sobie z przeciwnościami), umiejętność tworzenia i utrzymywania satysfakcjonujących więzi społecznych mogących stanowić źródło pozytywnych emocji. *Resilience* ma charakter dynamiczny, podlega zmianom, ale też może być kształtowane w toku wychowania i samowychowania.

Wskazuje to na niejednorodność ujęcia definiowanego fenomenu. Jednak po skonkretyzowaniu i skatalogowaniu podstawowych właściwości i kompetencji staje się bardziej zrozumiałą i uznać go można jako **stałą właściwość** (*ego-resiliency*), która może się ujawniać bez zaistnienia trudnych sytuacji życiowych, lub **proces** (*resiliency*), którego warunkiem wystąpienia jest zaistnienie sytuacji ryzykownej, ujawniający się wówczas w zachowaniu jednostki, co oznacza, że człowiek posiada odpornościowe wzory zachowań (zasoby), ale nie jest odporny (cecha) (Borucka, Ostaszewski 2008, s. 588).

*Resilience* jako stała właściwość (Block, Kremen 1996; Borucka, Ostaszewski 2008; Borys 2010; Letzring, Block, Funder 2005; por. Junik 2011) to: a) właściwości podmiotu – zestaw cech określających dzielność w radzeniu sobie z problemami; b) zdolności jednostki do przystosowania się – odporność na zagrożenia, zdolność do zmiany, samonaprawy, samodoskonalenia, umiejętność oderwania się od negatywnych doświadczeń życiowych czy też elastyczność w dostosowaniu się do zmiennych warunków życia z wykorzystaniem pozytywnych emocji; c) względnie trwałe zasoby jednostki ujawniający się w sytuacjach ryzykownych, w obliczu zagrożeń, motywujący do tworzenia lub poszukiwania nowych zasobów wspierających własny rozwój; d) kompetencje, czyli wiedza, umiejętności i pozytywne postawy sprzyjające konstruktywnemu radzeniu sobie w świecie.

*Resilience* obejmuje najczęściej wymieniane kategorie cech: wysoka sprawność procesów poznawczych, autonomia, androgyniczność, samokontrola, kompetencje społeczne (Opora 2011, s. 100). Opisowo przejawia się w zdolności do poświęcania

się, zdolności podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów, uczenia się, asertywności, zdolności kontrolowania pragnień i samokontroli, poczuciu autonomii i niezależności, elastyczności, umiejętnościach interpersonalnych (nawiązywanie i utrzymywanie relacji społecznych), optymizmie życiowym, samomotywacji i mistrzostwie w jakiejś dziedzinie, poczuciu własnej wartości i pewności siebie itp. (Borucka, Ostaszewski 2008; Ferguson, Horwood 2003; Luthar, Cicchetti 2000; Ostaszewski, Zimmerman 2006; Rutter 2003; Taylor, Wang 2000; Zimmerman, Arunkumar 1994).

*Resilience* jako proces polega na zawsze wzajemnej i swoście przebiegającej interakcji czynników chroniących i czynników ryzyka, które są wzmacniane czynnikami podatności. Podejście takie prezentuje Ann S. Masten (2001, s. 227–238; 2007, s. 921–930; 2011, s. 141–154) określająca to zjawisko jako dynamiczny proces, powiązany immanentnie z rozwojem, którego efektem jest udana adaptacja na płaszczyźnie osobistej pomimo niesprzyjających warunków życiowych i traumatycznych, destrukcyjnych zdarzeń uznawanych za czynniki ryzyka w procesie efektywnej i prawidłowej adaptacji. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące (indywidualne, rodzinne i pozarodzinne) wchodzi z sobą w interakcje opisane w trzech modelach zaproponowanych przez Normana Garmezy'ego (1991a,b; por. Ostaszewski 2008): równoważenia ryzyka (czynniki chroniące, oddziałując bezpośrednio na zachowanie, równoważą działanie czynników ryzyka); redukcji ryzyka (czynniki ryzyka i czynniki chroniące wchodzi z sobą w interakcje, przy czym czynniki chroniące są swoistym buforem ochronnym przed czynnikami ryzyka); uodparniania na ryzyko (umiarkowany poziom ryzyka uodparnia jednostkę na jego działanie, przygotowując ją do pokonywania trudniejszych wyzwań).

W kontekście niedostosowania społecznego koncepcja *resilience* może wyjaśniać funkcje zachowań niedostosowanych, które częściowo wpisują się w ostatni model uodparniania, egzemplifikując poczucie mocy stanowiące mechanizm radzenia sobie z niesprzyjającymi warunkami życiowymi. Natomiast w kontekście diagnozy niedostosowania społecznego wiąże się z prostą konstatacją, że w praktyce resocjalizacyjnej koncentrować powinniśmy się w większym stopniu na czynnikach chroniących, które mogą mieć złożony charakter i w różny sposób są moderowane przez czynniki ryzyka (np. uodpornienie na złe warunki życiowe jako predyktor adaptacji w przyszłości). Innymi słowy, diagnoza powinna skupiać się na dokładniejszym poznaniu mechanizmów chroniących przed zagrożeniami, które pomimo funkcjonowania w grupach ryzyka i występowania indywidualnych barier rozwojowych wynikających z marginalizującego umiejscowienia w strukturze społecznej pozwalają jednostce prawidłowo się rozwijać. Robert Opora (2011) stawia tezę, że niedostosowanie społeczne stanowi formę manifestacji odporności psychicznej (*resilience*), będąc jednocześnie mechanizmem obronnym przed zagrożeniami



(funkcjonalność zachowań niedostosowanych wpisująca się częściowo w model uodparniania). Wymaga to także swoistego podejścia do diagnozy, która w modelu humanistycznym opiera się na relacji diagnosty z podmiotem poznawanym, a w modelu interakcyjnym, dającym się weń wpisać, wiąże się z rozumieniem istoty doświadczanych problemów rozwojowych jednostki i funkcji, jakie prezentowane (niedostosowane) zachowania pełnią w jej życiu. Uznanie zachowania za obiektywnie patologiczne ze wskazaniem rodzaju interwencji (nastawionej na eliminowanie deficytów) może spowodować efekt jatrogenny wynikający ze stygmatyzacji, zaś uznanie go za sposób radzenia sobie z doświadczanymi trudnościami życiowymi pozwala wykorzystać ową „kompetencję” w innych warunkach (np. przekształcanie negatywnej strategii atakującej w pozytywną, negatywnej strategii wycofania w pozytywną).

W koncepcji *resilience* można zatem odnieść się do zachowań nieprzystosowanych jako sposobu radzenia sobie z przeciwnościami losu (warunkami życiowymi), które refleksyjny diagnosta powinien zrozumieć i podjąć odpowiednie działania, by strategie te były nie tylko funkcjonalne obronnie, ale także funkcjonalne konstruktywnie. Można się tu posłużyć koncepcją strategii radzenia sobie w sytuacji trudnej, problemowej Krystyny Ostrowskiej (1998, s. 98–100; 2002, s. 9–10, 14–15), która wyodrębniła strategie: atakującą i rezygnacyjną (wycofującą), mające swoje podsystemy – pozytywny (przybliżający do realizacji celu) i negatywny (oddalający od celu). **Strategia atakująca** stanowi zespół działań, stanów emocjonalnych, przekonań i sądów nastawionych na realizację wyraźnie wybranego przez jednostkę celu, stąd tendencja do przeciwdziałania wszelkim przeciwnościom i ograniczeniom stanowiącym blokady w realizacji zamierzeń, które są dla niej ważne i decydujące o własnej egzystencji. Jednostkę wybierającą tę strategię cechuje samodzielność w podejmowaniu decyzji i zdolność do ponoszenia za nią odpowiedzialności, dostrzeganie pozytywnych aspektów sytuacji (nawet trudnej), dbałość o własny interes, rozumiany jako zgodny z potrzebami wewnętrznego stanu spełnienia, umiejętność kierowania innymi oraz pokonywania fizycznych i psychicznych przeszkód i napięć, zdolność do obrony własnych poglądów, przekonanie o swoich możliwościach, zaufanie do własnej osoby, a także zdolność do podejmowania wysiłku i wyrzeczeń, czyli odraczania gratyfikacji. Można tę strategię określić jako sposób rozwiązywania problemu adekwatny do sytuacji, co wymaga mobilizacji możliwości poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych w celu realizacji zaktywizowanego aktualnie dążenia (wartości). **Strategia rezygnacyjna** stanowi zespół zachowań, reakcji i stanów emocjonalnych oraz przekonań i sądów ujawniających się w sytuacji uznania przez jednostkę niemożności osiągnięcia w danym czasie ważnych dla jej egzystencji celów. Służy realizacji innych (zastępczych), nowych lub zmodyfikowanych aspiracji życiowych. Osoba posługująca się tą strategią nie

dąży do celu za wszelką cenę, ale odracza jego realizację do pojawienia się bardziej sprzyjających okoliczności, cechuje ją tendencja do unikania wysiłku i sytuacji niepewnych, ryzykownych, wymagających odwagi i wytrwałości, jest podatna na wpływy innych, stąd poddaje się ich kierownictwu, a także nie radzi sobie ze stresem, co wiąże się z brakiem wiary we własne możliwości i zaufania do siebie i innych ludzi, pesymistyczną wizją świata. Jednostka wybiera metody działania sprawdzone i pewne, unikając rozwiązań nowych, więc niepewnych. Strategię tę można określić jako sposób rozwiązywania sytuacji problemowej przez „zawieszenie” procesów emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych w sytuacji aktywowania dążeń ważnych dla jednostki, co wynika z postrzegania zagrożenia i jednocześnie z oceny własnych kompetencji jako niewystarczających do osiągnięcia ich w danych warunkach. Chroniąc ważne dla siebie wartości, jednostka poszukuje możliwych dróg ich realizacji. Nie oznacza to, że rezygnacja jest tożsama z biernością, lecz stanowi inny sposób „opowiedzenia się” za uznawanymi wartościami, pełniąc w konsekwencji funkcję ochrony i utrzymania działań jednostki ukierunkowanych na realizowany ogólny cel, ale z wyborem innych „środków”.

Ponieważ obie strategie mają podsystemy – pozytywny i negatywny, krótko je scharakteryzuję w aspekcie ich znaczenia dla konstruktywnego i destrukcyjnego radzenia sobie. Pozytywną strategię atakującą wyznacza aktywność, której funkcją jest ochrona siebie i innych. Wiąże się z takim współdziałaniem z czynnikami sytuacyjnymi dla ochrony wartości, które nie prowadzi do zniszczenia elementów sytuacji, lecz do ich wykorzystania dla tworzenia nowych jakości w świecie społecznym i w otaczającej rzeczywistości. Negatywna strategia atakująca jest specyficznym sposobem interakcji o charakterze eksploatorskim (manipulacja) w stosunku do przedmiotowych i podmiotowych elementów sytuacji lub może przyjąć formę bezpośrednio destrukcyjną, zaś owa destrukcja może być skierowana na własną osobę lub otoczenie (przemoc, agresja przemieszczona).

Strategię rezygnacji pozytywnej wyznacza wycofanie się z realizacji jednej wartości na rzecz innej w sytuacji uznania tej drugiej za ważniejszą w sensie działań pozaosobistych. Pełni to funkcję ochrony realizacji jakiegoś celu, służąc pośrednio rozwojowi i doskonaleniu siebie i otoczenia, bowiem wiąże się z przesunięciem realizacji jednego dobra na rzecz dobra wyżej cenionego, nie powodując utraty wiary we własne możliwości i wartość. Rezygnacja negatywna wiąże się z utratą zaufania do siebie i wiary we własne możliwości w sytuacji dostrzeżenia przewagi czynników sytuacyjnych (pozaosobistych), decydujących o możliwościach radzenia sobie. Jej istotą jest koncentracja na zagrożeniu dla własnego „ja”, rezygnacja z społecznych celów (istota rozwoju), co w efekcie może stanowić podstawę kształtowania się tendencji autodestrukcyjnych (uzależnienia, samobójstwo).

Uruchomienie danej strategii działania w sytuacji problemowej zależy od spostrzegania przez jednostkę wielu czynników jednocześnie, a więc od sposobu oceny własnych możliwości działania, nacisków ze strony czynników zewnętrznych i oceny aktualnego znaczenia danej wartości, która uruchamia działania (Ostrowska 2002, s. 16–19). Ostatecznie więc mechanizm wyznaczający strategię działania ma charakter podobny do procesu decyzyjnego, ale podejmowane decyzje i metoda ich realizacji (strategia) odnoszą się do przyjęcia kompleksowej strategii działania dążącego do osiągnięcia celów rozwojowych – ogólnoezystencjalnych, z uwzględnieniem zysków i strat w zakresie własnej autokreacji. Dlatego też przyjęte przez autorkę strategie nie są jedynie poznawczą obróbką sytuacji trudnej czy też emocjonalną ucieczką od jej rozwiązania, ale odnoszą się do sposobu wartościowania, który angażuje jednostkę emocjonalnie i realizacyjnie.

W tym kontekście w myślenie o niedostosowaniu społecznym włączyć należy także aspekt poznawczo-wartościujący, który lokuje jego symptomatologię w sposobie postrzegania i oceny: siebie, świata, własnego życia i możliwości działania w świecie. Będzie to przedmiotem odrębnego opracowania, w którym zaprezentuję narzędzie do badania tej sfery funkcjonowania jednostki niedostosowanej społecznie. Podstawą teoretyczną konstrukcji tego narzędzia była poznawcza teoria osobowości Seymoura Epsteina wraz z koncepcjami rozwoju i zagrożeń rozwojowych, które da się w tę koncepcję wpisać.

Rekapitułując tę część opracowania, przyjmuję, że niedostosowanie społeczne traktowane może być jako zespół zachowań, które służą radzeniu sobie w sytuacji problemowej (niekorzystne warunki, sytuacje i doświadczenia życiowe). Zachowania te stanowią mechanizm obronny przed zagrożeniami (funkcjonalność zachowań niedostosowanych) i wynikają ze sposobu postrzegania i oceny własnej osoby, życia, świata, w którym jednostka istnieje, a także możliwości działania w tymże świecie. Podstawowe zasoby i deficyty osoby niedostosowanej społecznie można ulokować wówczas w subiektywnym sposobie postrzegania siebie, własnego życia i świata oraz relacji, jakie jednostkę z nim łączą. Koncepcja radzenia sobie (*coping*) wpisuje się w ów obraz, ponieważ od sposobu oceny własnych zasobów i deficytów zależy to, jaką strategię – destrukcyjną czy konstruktywną – jednostka przyjmie w pokonywaniu naturalnych i ewokowanych przez warunki środowiskowe problemów życiowych. Koncepcja *resilience* sprowadza się natomiast do subiektywnej oceny własnych zasobów i deficytów, która może być względnie niezależna od obiektywnych uwarunkowań rozwoju osoby niedostosowanej społecznie.

Diagnoza lokuje się wówczas w paradygmacie humanistycznym, stanowiąc proces rozumienia subiektywnych doświadczeń życiowych i ich skutków rozwojowych, wychowawczych i socjalizacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem funkcji, które pełnią zachowania nieprzystosowawcze, co relatywizuje obiektywnie przyjęte

wyznaczniki niedostosowania społecznego. Konkretyzując zaś, w modelu diagnozy konieczna jest koncentracja na subiektywnie postrzeganych zasobach (diagnoza pozytywna), które winny być wykorzystane do przekształcania obiektywnie określonych deficytów (diagnoza negatywna) z uwzględnieniem potencjałów (sił) rozwojowych jednostki niedostosowanej społecznie. Ważne jest przyjęcie założenia o możliwej funkcjonalności zachowań niedostosowanych i wykorzystaniu jej do przekształcenia w kierunku pozytywnym.

Wpisuje się to we współczesne modele rehabilitacji/resocjalizacji przestępców, które można sprowadzić do modelu ryzyka (*risk model*) i modelu dobrego życia (*good lives model*). Pierwszy koncentruje się na diagnozie negatywnej (słabych stron, deficytów) i eliminowaniu czynników ryzyka, co służy zabezpieczeniu społeczeństwa przed konsekwencjami negatywnych zachowań (Andrews, Bonta 2003, za: Biel 2010, s. 150–153). Drugi opiera się na diagnozie pozytywnej i – w jej efekcie – na wzmacnianiu pozytywnych cech jednostki niedostosowanej społecznie (mocnych stron, zasobów), co zakłada promowanie ważnych celów osobistych (wartości) z jednoczesną próbą redukcji ryzyka i zagrożeń rozwojowych mogących wystąpić w przyszłości (Ward, Maruna 2007, za: Biel, s. 2010, s. 153–156).

W konceptualizacji diagnozy środowiskowej, ważnej pedagogicznie, można posłużyć się społeczno-ekologiczną teorią młodzieży Dietera Baackego (1999, 2003; por. Griese 1996, s. 195–207), którą w jej części dotyczącej znaczenia środowiska życia można „zastosować” do różnych kategorii wiekowych. Istotą koncepcji ekologicznych jest fakt, iż ujmują one współzależność człowieka i środowiska, uwzględniając perspektywy widzenia problemów samej jednostki, co oznacza, że człowiek sam buduje rzeczywistość, różnie postrzega i interpretuje środowisko życia, zaś wpływy jego środowiska życia nigdy nie są identyczne. Baacke, opisując rzeczywistość, posłużył się metaforą sceny, która oddaje rzeczywistość znacznie dokładniej i wnikliwiej, pokazując człowieka w różnych sytuacjach, ponadto uwrażliwia na nowe perspektywy, pobudza fantazję i ma charakter całościowy. Baacke rozwija swą koncepcję w kilku obszarach, wykorzystując: a) teorię środowiska – stref ekologicznych wyznaczających ekologiczną siłę i istotę młodości, jaką jest przeobrażenie świata życia, którą w aspekcie różnych zadań rozwojowych można zastosować do opisu świata życia na każdym etapie rozwoju; b) teorię działań o nastawieniu interakcjonistycznym; c) teorię systemów – środowiska życia dają się wzajemnie rozgranicyć, np. wedle kryterium znaczenia, a także zachowują się na zewnątrz i do wewnątrz dynamicznie; d) teorię cyklu życiowego – środowiska, np. przedszkole, szkoła, zakład pracy i inne, są związane z określonymi grupami wiekowymi, charakteryzując aktualne miejsce człowieka w historii jego życia (Griese 1996, s. 203). Wszystkie te poziomy czy wymiary zostają harmonijnie połączone z odwołaniem się do koncepcji integrującej (interdyscyplinarnej), czyli analizy świata życia.

W koncepcji stref ekologicznych wychodzi autor od klasycznej już w socjologii definicji i koncepcji środowiska traktowanego jako model makro-, mezo- i mikro-systemów, stąd wyróżnia w nim następujące elementy: a) konkretne, bezpośrednie otoczenie i przestrzenie uporządkowane obiekty fizyczne, b) związki społeczne (relacje ról) między osobami ujawniające się w komunikacji symbolicznej oraz w interakcji podczas działania, c) systemy norm i wartości, standardy kulturowe, system ideologiczny, d) stosunki władzy i panowania oparte na dostępie do dóbr ekonomicznych. Pozwala to wyróżnić obszary rzeczywistości i życia człowieka: a) ekologiczne centrum (teren rodziny i dom rodzinny) stanowiące obszar związków bezpośrednich, „twarzą w twarz”, b) ekologiczną przestrzeń ościenną (strefa sąsiedztwa, dzielnica, osiedle, kluby, dyskoteki itp.), czyli sferę związaną z czasem wolnym, c) strefę „odcinków” ekologicznych (szkoła, zakład pracy), czyli instytucje pełniące różne funkcje i związki definiowane przez nie, d) peryferia ekologiczne (urlop, różne formy spędzania wolnego czasu), czyli strefa kontaktów sporadycznych. Strefy te – włączając w to wzajemne związki między nimi – stanowią świat życia (*Lebenswelt*), co w pedagogicznym ujęciu oznacza środowisko życia (Marynowicz-Hetka 2006). Przechodzenie od dzieciństwa do młodości i, jak się wydaje, późniejszych etapów rozwoju obrazuje metaforycznie „rozszerzający (lub zmieniający) się promień” owych sfer życia z jednej strony, zaś z drugiej – modyfikacja ich wpływu i znaczenia w miarę rozwoju (zmieniają się sfery socjalizacji, partnerzy interakcji i formy działania). Przejście od dzieciństwa do młodości i kolejnych etapów życia stanowi zatem po prostu poszerzenie i zmianę pola działań (i doświadczeń), co wiąże się z **przeobrażeniem świata życia**. Świat życia człowieka musi być jednak postrzegany w podwójnej perspektywie: podłużnej i poprzecznej (Kępiński 1989), czyli można i trzeba go opisywać, rekonstruować i wyjaśniać w podłużnym przekroju biografii jednostki i w poprzecznym przekroju różnych sfer i dziedzin ekologicznych. Zrozumienie określonego etapu rozwojowego wymaga rozpoznania **znaczenia** poszczególnych stref dla danej osoby.

**Analiza świata życia** w ujęciu Alfreda Schütza (1967, 2005), przejętym przez Dietera Baackego, zmierza do interpretacji i zrozumienia, a tym samym i opisu działań ludzkich w obrębie całej przestrzeni jego doświadczeń z uwzględnieniem znaczenia **wiedzy potocznej** (ustanowiony intersubiektywnie kompleks znaczeń), zaś **działaniu** nadano tu znaczenie **sensownych** wzajemnych odniesień, stanowiących rezultat **interpretacji** ze strony działającego, dzięki czemu inni mogą je odczytać, czyli **zrozumieć**. Ponadto analiza świata życia, jako analiza konkretnych środowisk lub działań ludzkich, przyjmuje zawsze trzy **wymiary czasowe**: minione przeżycie i doświadczenie, aktualne działanie i planujące projektowanie. Ujęte systemowo jawią się one jako: interpretacja sceny lub sytuacji, interpretacja kontekstu, interpretacja zależności między społecznymi strukturami i procesami a ich wyjaśnianiem.

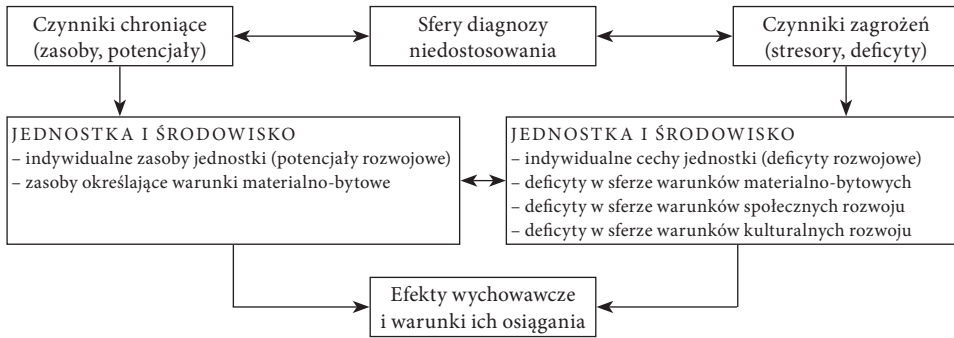
W odniesieniu do analizy świata człowieka ważne jest to, iż pozwala ona wnikliwie określić jego środowisko socjalizacji, gdyż wymiar czasowy obejmuje **biografię** jednostki, natomiast wymiar systemowy pozwala na uwzględnienie **interpretacji** ze strony jednostki (zrozumienie jak ona sama widzi świat), a także określa płaszczyzną strukturalno-społeczną jako **wyjaśniający model całościowy** (Griese 1996, s. 203). Generalnie zaś analiza zmierza do określenia wzajemnego związku między środowiskiem a zachowaniem społecznym, mając aspiracje do integrującej oba obszary koncepcji przyjmującej określony obraz człowieka i implikującej określone elementy normatywne (krytyka środowiska), pozwalając opisywać, wyjaśniać i prognozować sposoby zachowania jednostki, co stanowi podstawę jej pragmatycznego i praktycznego zastosowania (zmiana).

#### POZNAĆ ŚWIAT ŻYCIA JEDNOSTKI NIEDOSTOSOWANEJ SPOŁECZNIE – MODEL METODOLOGICZNY, CZYLI OGÓLNIE O PODSTAWACH METODOLOGICZNYCH DIAGNOZY

Ludzka skłonność do stwarzania fikcyjnych i urojonych światów  
leży u podstaw wiedzy o świecie prawdziwym  
(Deręgowski 1999, s. 401)

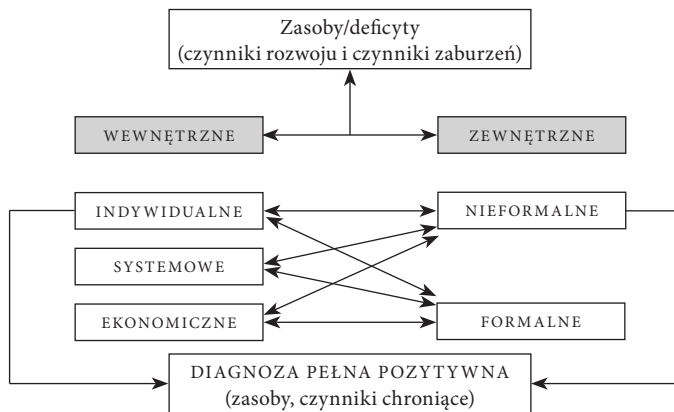
W koncepcjach pedagogicznych, opisujących znaczące rozwojowo elementy środowiska wychowawczego, zależności między czynnikami zagrożeń (stresorami), czynnikami wsparcia (zasobami) i efektami wychowawczymi (prawidłowy rozwój *vs.* niedostosowanie społeczne), ostatecznie konstytuującymi się w jednostce (*resilience*, efekty rozwojowe, strategie radzenia sobie), są oczywiste. Jednostka rozwija się przez ciągłą konfrontację z niesprzyjającymi okolicznościami, wykorzystując dostępne jej czynniki chroniące. W klasycznym rozumieniu środowiska wychowawczego (zbiór elementów społecznych, kulturowych i przyrodniczych, materialno-bytowych) zależność tę można przedstawić jako skorelowane ze sobą elementy świata życia (Schemat 1): jednostka niedostosowana społecznie *vs.* czynniki indywidualne (funkcjonowanie jednostki w świecie – indywidualne zasoby i deficyty osobowe) i czynniki środowiskowe (oddziaływania na funkcjonowanie jednostki – warunki życia, zasoby i deficyty środowiskowe), co warunkuje komplementarne podejście do diagnozy, obejmującej diagnozę pozytywną i negatywną w obu obszarach.





Schemat 1. Zależności między efektami wychowawczymi a czynnikami chroniącymi i czynnikami zagrożeń rozwoju (oprac. własne, zob. Wysocka 2015, s. 158)

Zestawiając różne koncepcje, można dokonać próby jakościowej kategoryzacji zasobów i deficytów (Schemat 2), dzieląc je na wewnętrzne (indywidualne, systemowe, ekonomiczne) i zewnętrzne (nieformalne i formalne), które zawsze są swoiście ze sobą powiązane i łącznie określają ich znaczenie rozwojowe w konkretnym przypadku (por. Kulesza 2009). Wskazuje to na konieczność przyjęcia metodologicznego modelu diagnozy pełnej, na którą składają się diagnoza pozytywna i diagnoza negatywna (Obuchowska 1983, 1997), a więc rozpoznanie czynników chroniących (indywidualnych i środowiskowych zasobów) oraz czynników ryzyka, zagrożeń (indywidualnych i środowiskowych deficytów).



Schemat 2. Konceptualizacja obszarów diagnozy niedostosowania społecznego (oprac. własne na podstawie: Kulesza 2009, s. 30)

Wśród zasobów/deficytów **indywidualnych** można przykładowo wymienić właściwości osobowościowe, takie jak: pewność siebie, poczucie humoru, optymizm, poczucie kontroli, umiejętności prospołeczne, stan zdrowia, system wartości,

odporność na stres, inteligencja i zdolności (opisujące cechy właściwe dla *resilience*). Wśród zasobów/deficytów **systemowych** wskazać można: różne rytuały i tradycje w środowisku życia, więzi emocjonalne z innymi ludźmi, umiejętności rozwiązywania problemów, zdolności adaptacyjne, komunikację, klimat społeczny w podstawowych środowiskach życia, zaangażowanie w życie w różnych środowiskach, w których jednostka funkcjonuje, poczucie zaufania do innych ludzi, warunki strukturalne w poszczególnych środowiskach życia, style oddziaływania otoczenia na jednostkę, system wartości uwzględniający znaczenie i jakość relacji z innymi ludźmi. Wśród zasobów/deficytów **ekonomicznych** najważniejsze stanowią: warunki mieszkaniowe, zasoby finansowe, dobra powszechnie uznawane za potrzebne lub atrakcyjne, służące rozwojowi oraz ich korelaty: ubóstwo, bezrobocie i inne czynniki marginalizujące strukturalnie jednostkę w środowisku jej życia. Wśród zasobów/deficytów **nieformalnych** wyróżnia się kategorie charakteru relacji i jakości więzi: z rodziną, sąsiadami, przyjaciółmi, dalszą rodziną, grupą rówieśniczą czy społecznością lokalną. Wśród zasobów/deficytów **formalnych** wskazuje się realne i potencjalne powiązania: ze szkołą, policją, zakładem pracy, organizacjami pozarządowymi i państwowymi.

Uwzględnić przy tym należy podstawowe źródła, w których owe czynniki mogą być ulokowane, a jednocześnie elementy, na które oddziałuje jednostka niedostosowana społecznie (sprzężenia zwrotne): środowisko rodzinne i oddziaływania innych dorosłych, rówieśnicze, szkolne (instytucjonalne), społeczność lokalna, oferta kulturowa społeczeństwa, środki masowego przekazu. Wskazuje to na konieczność diagnozy jednostki niedostosowanej i świata jej życia w sposób komplementarny i systemowy, a więc analizę funkcjonowania jednostki w świecie (czynniki indywidualne, wewnętrzne, np. osobowość – psychopatologia, funkcjonowanie w sytuacji szkolnej, funkcjonowanie w rodzinie, funkcjonowanie w grupie rówieśniczej, relacje z innymi ludźmi, zachowania patologiczne i naruszające normy społeczno-prawne i kulturowe) i analizę środowiska życia, czyli czynników determinujących owo funkcjonowanie (czynniki środowiskowe, zewnętrzne, np. oddziaływania środowiska rodzinnego, szkolnego, rówieśniczego formalnego i nieformalnego, sąsiedzkiego i lokalnego, oddziaływania kulturowe społeczeństwa jako całości, oddziaływanie środków masowego przekazu), z uwzględnieniem sprzężeń zwrotnych w obu sferach.

Odnosząc się do cech i zachowań znamienych dla niedostosowania społecznego (ujęcie symptomatologiczne), umieszczonych po stronie deficytów (diagnoza negatywna), najczęściej w pedagogicznym ujęciu wskazuje się na niejednorodne typologicznie cechy ze względu na złożoność nozologiczną zjawiska niedostosowania społecznego. Cechy te determinowane są przez jakość oddziaływań środowiskowych, ale jednocześnie wpływają na jakość środowiska życia jednostki niedostosowanej społecznie. W tym kontekście istotne jest wskazanie w modelu diagnozy

indywidualnej podstawowych obszarów identyfikacji zasobów i deficytów – diagnoza pozytywna i negatywna (por. Wysocka 2007, 2008). W ujęciu metodologicznym są to wskaźniki niedostosowania społecznego (kryteria diagnostyczne), wynikające z przyjętych założeń teoretycznych określających, czym niedostosowanie społeczne jest, jak się przejawia, co powoduje (symptomatologia, konsekwencje rozwojowe i wychowawcze) i w jaki sposób możemy je wyjaśniać (czynniki determinujące):

### 1) Symptomatologia niedostosowania społecznego (diagnoza identyfikacyjna):

- a) **cechy osobowości (psychopatologia):** brak wrażliwości na krzywdę innych, brak uczuć opiekuńczych, przywiązania, przyjaźni, wdzięczności, brak zdolności do odczuwania żalu i poczucia winy za popełnione czyny, utrwalone negatywne nastawienie do obowiązków i zadań, skłonność do notorycznych kłamstw, autoagresja, zaburzenia koncentracji uwagi i lęklivość;
- b) **funkcjonowanie w sytuacji szkolnej:** niepowodzenia i negatywizm szkolny, nieprzestrzeganie wewnętrznych regulaminów i zarządzeń szkolnych, wagarowanie i konflikty z nauczycielami;
- c) **funkcjonowanie w rodzinie:** ucieczki z domu, konflikty z rodzicami i niekontrolowane przebywanie poza domem;
- d) **funkcjonowanie w grupie rówieśniczej:** konflikty z rówieśnikami, przynależność do gangów i band, uczestnictwo w bójkach;
- e) **relacje z innymi ludźmi:** bunt przeciw autorytetom, przemoc wobec innych, agresja werbalna i niewerbalna;
- f) **zachowania patologiczne:** włóczęgostwo, picie alkoholu i narkotyzowanie się, prostytutka, próby samobójcze i niekonwencjonalne zachowania seksualne;
- g) **zachowania naruszające normy społeczno-prawne:** przywłaszczanie mienia, kradzieże, ujawniona przestępczość i niszczenie mienia – wandalizm.

### 2) Psychologiczne czynniki kształtowania się syndromu niedostosowania społecznego (diagnoza genetyczno-konsekwencyjna):

- a) **podstawy organiczne rozwoju i zaburzeń funkcjonowania społecznego – czynniki biopsychiczne:** nadpobudliwość psychoruchowa, stereotypie ruchowe, konwulsje, drgawki, moczenie mimowolne, zaburzenia somatyczne i psychomotoryczne, reaktywność i zapotrzebowanie na stymulację (sensytywność, typ temperamentu, ekstrawersja-introwersja), dysleksja, dysortografia, dysgrafia (na podłożu neurologicznym), brak aktywności, bierność, apatyczność, ospałość vs. „wigor fizyczny”, zmęczenie przy wysiłku umysłowym, defekty fizyczne, kalectwo, ułomności, opóźnienie rozwoju fizycznego (waga, wzrost), zaburzenia zdrowia psychicznego;
- b) **procesy poznawcze (orientacyjne i intelektualne):** rozwój struktur poznawczych (wiedza, inteligencja), utrwalone wzorce aktywności umysłowej (styl poznawczy), zainteresowania, zamiłowania, ciekawość poznawcza, uzdolnienia specjalne, poziom myślenia operacyjnego (konkretny vs. formalny), inteligencja „praktyczna”, sprawność analizatora wzrokowego, słuchowego i kinestetycznego;
- c) **procesy wykonawcze (motoryczne i werbalne):** tempo pracy, sprawność motoryczna ręki wiodącej (lateralizacja), zdolności do werbalizowania myśli, trudności i zaburzenia mowy, dokładność i sprawność wykonywania zadań;
- d) **procesy emocjonalno-motywacyjne:** poziom niepokoju i lęku wywołany czynnikami zewnętrznymi lub wewnętrznymi (np. negatywnym obrazem własnej osoby), motywacja osiągnięć (np. do zdobywania wiedzy), sfery silnej, dominującej motywacji związanej z potrzebami indywidualnego rozwoju (np. potrzeba uznania), świadomość własnej motywacji, jej cech i właściwości oraz identyfikacja motywacji nieuświadomionych, podstawowe formy wyrażania emocji i zdolność do modulowania reakcji gwałtownych (np. reakcje gwałtówne nieadekwatne do siły bodźców i znaczenia sytuacji);

e) **osobowość i funkcjonowanie społeczne:**

- **poziom popędowo-emocjonalny (potrzeby, postawy, dojrzałość emocjonalna)** – impulsywność, popędowość, agresywność, napastliwość, tendencja do dominacji, drażliwość, nieśmiałość i lęk w kontaktach społecznych, zdolność odraczania zaspokajania potrzeb i popędów, poziom tolerancji na długotrwałe działające bodźce utrudniające osiąganie odległych celów (tolerancja na frustrację i odporność na niepowodzenia), charakter wpływu doraźnie działających emocji na obraz rzeczywistości, zakres kontroli emocjonalnej i niedojrzałość mechanizmów samokontroli (przewaga struktur popędowo-emocjonalnych nad poznawczymi), wewnętrzne konflikty motywacyjne (np. konflikt: potrzeba aprobaty społecznej i potrzeba uzależniania się od dorosłych vs. postawa zadaniowo-rozszczeniowa wobec otoczenia), związki uczuciowe z innymi (siła, trwałość, obiekt uczuć), postawy egocentryczne vs. prospołeczne, emocjonalny stosunek do szkoły (negatywizm szkolny, fobie szkolne),
- **poziom struktur poznawczych i funkcjonowania społecznego (obraz siebie i świata, funkcjonowanie w rolach społecznych, dojrzałość społeczna, system wartości)** – sposób postrzegania i wgląd we własne zachowanie (opis funkcjonowania w przypisanych rolach społecznych i standardach normatywnych, zdolność przewidywania konsekwencji własnych zachowań), świadomość obowiązywania i przestrzegania norm społecznych oraz postrzegany do nich stosunek najbliższego i dalszego otoczenia, odporność na sytuacje pokusy (np. kradzieży) i stosunek do tych sytuacji (aprobata całkowita lub warunkowa vs. potępienie), występowanie związków zależnościowych opartych na miłości lub przyjaźni, sposób wchodzenia w nowe związki interpersonalne, trwałość ich utrzymywania, poczucie satysfakcji lub wyobcowania ze środowiska społecznego, adekwatność i poziom samooceny, umiejętność przeciwstawiania się presji podkultury i kryminogennym czynnikom tkwiącym w otoczeniu, stopień krytycyzmu vs. akceptacji własnego stylu życia, „oporność” na jego zmiany, poziom koncentracji na teraźniejszości lub przyszłości (zdolność do określenia własnych perspektyw samorealizacji, sensu życia, jasność celów życiowych, posiadanie sprecyzowanych planów na przyszłość), poziom koncentracji na sobie (egocentryzm i brak zdolności przyjęcia perspektywy „innego”), hierarchia wartości (autentyczne vs. deklarowane) i poczucie możliwości ich zrealizowania, aspiracje życiowe i edukacyjne, związek z religią, Kościołem instytucjonalnym i wspólnotowym;

f) **mechanizmy kształtowania się zachowań dewiacyjnych (diagnoza zaburzeń procesu socjalizacji):** poczucie kontroli wewnętrznej vs. zewnętrznej (głównie wobec norm społeczno-prawnych), podatność na perswazję ze strony osób dorosłych, poczucie sprawstwa, postrzeganie stopnia wpływu innych osób vs. wpływu własnego na swoje zachowania, więź ze społeczeństwem konwencjonalnym, zakres i głębokość identyfikacji ze środowiskiem dewiantywnym, głębokość interioryzacji negatywnych społecznie modeli zachowania (np. nieformalnych grup rówieśniczych), identyfikacja z osobami znaczącymi i ich wpływ (negatywny vs. pozytywny) na jednostkę, stosowanie mechanizmów obronnych (racjonalizacja, kompensacyjny obraz samego siebie, projekcja), występowanie zachowań dewiacyjnych w funkcji zaspokojenia potrzeby akceptacji ze strony rówieśników lub innych osób znaczących, tendencje do dominacji i władzy (narzucanie własnej woli i kontrolowanie innych) w funkcji zaspokajania potrzeby uznania, szacunku i znaczenia, występowanie zachowań regresywnych;

g) **czynniki „wsparcia” – diagnoza pozytywna (funkcjonowanie poznawcze, struktura „ja”, obraz siebie i innych ludzi):**

- **funkcjonowanie poznawcze** – zdolność do samodzielnego rozwiązywania problemów życiowych, znajomość alternatywnych sposobów zachowania się, umiejętności społeczne ułatwiające przystosowanie się do różnych sytuacji i ról, zdolność rozumienia sytuacji społecznych (np. motywów postępowania innych ludzi, wymogów i norm społecznych), zdolność i skłonność do przejawiania postawy twórczej (elastyczność, otwartość, poczucie wewnętrznej wolności w dokonywaniu wyborów i podejmowaniu decyzji, poczucie niezależności w działaniu, inicjatywa), ciekawość poznawcza, pozytywne zainteresowania i zamiłowania społeczne, zdolności specjalne i pozytywna motywacja do pracy umysłowej i fizycznej,
- **struktura „ja”, pozytywny obraz siebie** – świadomość „mocnych i słabych stron”, realistyczny samokrytycyzm, realistyczna percepcja siebie i innych, zaufanie do siebie i własnego organizmu, pozytywny nastrój psychiczny, postrzeganie możliwości własnego rozwoju (optymizm), posiadanie pozytywnych wzorów identyfikacyjnych, aktywność, asertywność i nieuleganie naciskom osób i grup destruktywnych, duża liczba zinternalizowanych norm i wartości społecznych, zdolność do przeżywania poczucia winy, polepszenie funkcjonowania intelektualnego w sytuacji wzmocnień pozytywnych,

- **pozytywny obraz i stosunek do innych ludzi** – zdolność do zmiany niewłaściwych zachowań wskutek perswazji, zdolność do powstrzymywania się od niewłaściwego zachowania, wrażliwość na dezaprobatę społeczną, lojalność wobec osób, które obdarzyły jednostkę zaufaniem, bycie słownym (dotrzymanie obietnic i zobowiązań), zdolność do utrzymywania pozytywnych stosunków emocjonalnych (chęć spędzania czasu z rodziną, łatwość nawiązywania kontaktów z rówieśnikami, chęć przebywania wśród innych ludzi, sympatia zwrotna ze strony kolegów),
- **orientacja wartościująca i system wartości** – zgodność deklarowanych i realizowanych wartości pozytywnych społecznie (moralnych i prawnych), posiadanie pozytywnych orientacji wartościujących.

### 3) Funkcjonowanie jednostki w rodzinie i w rolach rodzinnych:

- a) **pełnienie roli dziecka w rodzinie** – zakres obowiązków pełniących w rodzinie i stosunek do nich, zakres wspólnego spędzania czasu wolnego i wykonywania różnych zadań i stosunek do nich, sposób postrzegania i poziom akceptacji własnej pozycji w rodzinie – uprzywilejowana vs. zdeprecjonowana;
- b) **pełnienie roli ucznia-dziecka w środowisku rodzinnym** – stosunek do oczekiwań i wymagań rodziców w zakresie aspiracji edukacyjnych, postawa wobec wykonywania zadań związanych z nauką w domu i pomocy ze strony rodziców;
- c) **postawy wobec rodziców i rodzeństwa** – ich ukierunkowanie (pozytywne vs. negatywne), jakość (akceptacja vs. odrzucenie, tolerancja vs. wrogość);
- d) **więzi emocjonalne i relacje z rodziną** -ich jakość (pozytywne vs. negatywne), sposób postrzegania wzajemnych relacji między członkami rodziny (konflikty, sposoby ich rozwiązywania);
- e) **stosunek do wymagań, nadzorującej kontroli i metod wychowawczych** stosowanych przez rodziców (niekontrolowane przebywanie poza domem), a także stosunek do norm i wartości uznawanych w rodzinie.

### 4) Funkcjonowanie jednostki w szkole i w rolach szkolnych:

- a) **ogólne nastawienie do szkoły i nauki szkolnej:**
  - **pełnienie roli ucznia** (realizacja obowiązku szkolnego – osiągnięcia i niepowodzenia szkolne, negatywizm szkolny, fobia szkolna, opóźnienia szkolne, specyficzne trudności dydaktyczne, relacje dydaktyczne z nauczycielami, absencja szkolna i wagiary, charakter motywacji do nauki i chodzenia do szkoły, potrzeba osiągnięć szkolnych, aspiracje i plany edukacyjne, zainteresowania i uzdolnienia, poziom potrzebnych sprawności fizycznych i psychicznych),
  - **pełnienie roli kolegi** (zdolność do nawiązywania i utrzymywania kontaktów z rówieśnikami, poziom posiadanych umiejętności i kompetencji społecznych – rozwiązywanie konfliktów, uspołecznienie, umiejętności interpersonalne, pozycja społeczna w klasie, postawy wobec rówieśników i poziom identyfikacji z grupą formalną),
  - **pełnienie roli członka społeczności szkolnej** (relacje pozadydaktyczne z nauczycielami, stosunek do regulaminów i wymogów dyscypliny szkolnej, aktywność i zaangażowanie w życie szkolne, poczucie zadowolenia i przystosowania do szkoły, stosunek do norm i zasad współżycia w szkole);
- b) **ogólny poziom przystosowania do wymagań szkolnych:** zdolność do podporządkowania się wymaganiom, normom i obyczajom szkolnym z zachowaniem własnej integralności (poziom przyswojenia i stosunek do obowiązujących reguł i norm), poziom uspołecznienia i postawy prospołeczne (zdolność do liczenia się z potrzebami innych i zdolność do współdziałania w wykonywaniu różnych zadań), zdolność do kontrolowania emocji i właściwej ich ekspresji, poziom samokontroli, zdolność do ponoszenia odpowiedzialności za własne zachowania i pracę, poziom samodzielności i aktywności, trudności adaptacyjne w szkole i ich podłoże;
- c) **indywidualne czynniki funkcjonowania w rolach szkolnych:** dojrzałość szkolna, zaburzenia dyslektyczne (dysleksja rozwojowa, dysgrafia, dysortografia), uzdolnienia, zainteresowania i zamiłowania (deklarowane vs. faktyczne), aspiracje edukacyjne.

### 5) Funkcjonowanie w grupie rówieśniczej:

- a) ocena właściwości związków rówieśniczych z grupą o charakterze formalnym (celowa) i nieformalnym (pierwotna, naturalna) – udział i zakres oddziaływań grup nieformalnych na życie jednostki;
- b) pozycja zajmowana w strukturze społecznej grup formalnych i nieformalnych;
- c) funkcje pełnione w grupie formalnej i nieformalnej;
- d) poziom identyfikacji z grupą formalną i nieformalną (postawy i nastawienia);
- e) charakter potrzeb zaspokajanych w grupie formalnej i nieformalnej;
- f) typ i układ więzi z grupą formalną i nieformalną;
- g) typ identyfikacyjnych grup nieformalnych (przestępcze, zabawowe, chuligańskie, podwójnego wycofania, np. narkomanów, itp.).

### 6) Zachowania patologiczne i naruszające normy społeczno-prawne:

- a) zachowania autodestruktywne o charakterze przemocy: agresja, autoagresja, samouszkodzenia;
- b) zachowania autodestruktywne o charakterze uzależnień (zagrożenie uzależnieniem i uzależnienie): alkoholizm, narkomania, nikotynizm, nowe uzależnienia – uzależnienie od Internetu, gier komputerowych, hazard, itp.;
- c) przestępczość w różnych formach;
- d) stosunek do kultury „oficjalnej” i „nieoficjalnej”, masowej i oddziaływanie grup subkulturowych;
- e) styl życia produktywny (aktywny) vs. nieproduktywny (bierny).

Próba skatalogowania zmiennych ważnych w diagnozie indywidualnego funkcjonowania jednostki niedostosowanej społecznie jest w zasadzie niemożliwa, stąd wymaga przyjęcia zakresu ich identyfikacji w zależności od specyficznej sytuacji poznawanego przypadku. Jednak świadomość zakresu symptomatologii, czynników genetycznych i konsekwencyjnych (pierwotnych, psychologicznych oraz wtórnych, pedagogicznych i społecznych) jest ważna z perspektywy tworzenia modelu poznania adekwatnego do określonej sytuacji diagnostycznej.

Wskazane powyżej zmienne, opisujące jednostkowe funkcjonowanie, mają różny charakter i trudno dokonywać ich identyfikacji bez uwzględniania diagnozy środowiskowej. W ocenie środowiska przyjmujemy jednak perspektywę zewnętrzną i oceniamy je z punktu widzenia warunków rozwoju jednostki, co sprowadzać się będzie głównie do analizy przyczynowej. Natomiast przyjmując perspektywę indywidualną, stwierdzamy, że interesują nas głównie konsekwencje (efekty), jakie owe warunki środowiskowe spowodowały w funkcjonowaniu psychospołecznym jednostki (rezultaty wychowawcze i ich determinanty). Ponadto konsekwencje te są ujmowane specyficznie, a mianowicie identyfikujemy tu sposób postrzegania własnych warunków życiowych w określonych sytuacjach i środowiskach, czyli przyjmujemy perspektywę subiektywną oceny różnych aspektów funkcjonowania jednostki. Wynika to z teoretycznie potwierdzonej tezy, iż znaczenie rozwojowe ma nie tyle obiektywny wymiar pewnych zjawisk, ile sposób ich postrzegania przez jednostkę (wymiar subiektywny). Metodologicznym ekwiwalentem tego ujęcia jest przyjęcie strategii badania określonych zjawisk w percepcji osoby



badanej z zastosowaniem metod typu *self-report* (np. postawy rodzicielskie można badać przez deklaracje rodziców lub analizować je w percepcji dziecka; zaburzenia w zachowaniu można badać przez identyfikację negatywnych zachowań obserwowanych przez otoczenie społeczne lub analizować postrzeganie i doświadczanie problemów przystosowawczych przez osobę badaną).

Analiza zmiennych ważnych w ocenie środowiska życia jednostki niedostosowanej społecznie mieści się w proponowanym ujęciu w określaniu czynników ryzyka i czynników chroniących ulokowanych w różnych elementach i na różnych poziomach środowiska życia. Mogą i powinny one być uwzględnione w modelu diagnozy resocjalizacyjnej, chociaż – biorąc pod uwagę wyjściowe koncepcje: osobowości jako systemu współzależności, gdzie rozwój jednostki traktowany jest jako zmienny proces, na który oddziałuje wiele sprzecznych sił wewnętrznych i zewnętrznych; dynamicznego „systemu ustosunkowań wobec świata”, a także zjawiska *resilience* – ważne są one głównie z perspektywy sposobu subiektywnego ich postrzegania i przypisywanego przez jednostkę znaczenia dla jej rozwoju. Jednakże w modelu działań resocjalizacyjnych muszą być brane pod uwagę, choćby z tego powodu, by jednostkę niedostosowaną wspierać w radzeniu sobie z niekorzystnymi czynnikami tkwiącymi w środowisku, motywować ją do zmiany obiektywnych warunków własnego życia oraz wykorzystywać istniejące w środowisku (choćby nieliczne) zasoby w celu jego całościowego ulepszenia. Diagnoza środowiska życia w obszarach rodzinnym, szkolnym, rówieśniczym, lokalnym i globalnym, z przejawiającymi się w nich oddziaływaniami środowiska niewidzialnego i symbolicznego (Marynowicz-Hetka 2006), ma także charakter diagnozy pozytywnej i negatywnej (składających się na diagnozę pełną – zasobów i deficytów).

Modele diagnozy w tym zakresie omawiam dokładnie w innych publikacjach (Wysocka 2007, 2008, 2013, 2015), dlatego też w tym miejscu pomijam szerszą ich prezentację. W diagnozie indywidualnej, skoncentrowanej na subiektywnym postrzeganiu siebie i warunków własnego rozwoju, ocena właściwości środowiska życia jest weń immanentnie „wpleciona”, gdyż to, jak jednostka funkcjonuje w środowisku, zależy od jego jakości (którą identyfikujemy), co przekłada się na sposób jego postrzegania i oceny, a w efekcie odzwierciedla się w sposobie reagowania na jego atrybuty (zachowania nieprzystosowawcze występujące w funkcji obrony). Prezentowane ujęcie stanowi podstawę teoretyczną narzędzia do diagnozy nastawień intrapersonalnych, interpersonalnych i postaw wobec świata (Wysocka 2011; Aksman, Wysocka 2011; Gołek, Wysocka 2011; Wysocka, Gózdź 2011), które może być wykorzystane w diagnozie resocjalizacyjnej, gdyż różnicuje we wszystkich analizowanych sferach osoby niedostosowane społecznie i prawidłowo przystosowane (Wysocka, Ostafińska-Molik 2014).

## PODSUMOWANIE

Gdy chcemy postawić trafną diagnozę, musi nas interesować nie tylko i nie tyle problem jako taki, co rozwijający się człowiek, doświadczający w taki czy inny sposób tego problemu

(Brzezińska 2005, s. 673)

Pedagog i psycholog dokonuje diagnozy, by skutecznie pomagać, czyli wspierać w rozwoju, ale by było to możliwe, diagnoza musi być dokonywana w kontekście całej biografii konkretnej jednostki i z odniesieniem jej wyników do teorii. Bez tego nie jesteśmy w stanie ocenić, czy czyjeś zachowanie jest typowe dla jego wieku i uzasadnione jego sytuacją życiową, czyli czy powinno budzić niepokój i wymaga kontaktu ze specjalistą, czy też nie (Brzezińska 2005, s. 665–666). A co więcej, nie jesteśmy w stanie określić specyfiki sytuacji życiowej (indywidualnej i środowiskowej) w kontekście potrzeb rozwojowych jednostki.

Trafność dokonywanego rozpoznania zależy od jakości zebranych informacji, co wiąże się z wykorzystaniem określonych metod ich pozyskiwania. Jednak w większym stopniu jakość dokonanej diagnozy zależy od umiejętności ich analizy i interpretacji, polegającej na ich ocenie dokonywanej przez porównanie z jakimś układem lub układami odniesienia (kryteriami rozwojowymi i społecznymi) i skonfrontowanie z posiadaną wiedzą (potoczną i naukową). Przy czym musimy mieć świadomość relatywności naszego poznania, bowiem w kontekście przyjętych założeń teoretycznych (koncepcji człowieka, jego rozwoju i zaburzeń w jego rozwoju) możemy uzyskać różny obraz funkcjonowania danej jednostki (każda koncepcja kładzie nacisk na inne aspekty i sfery funkcjonowania człowieka).

Relatywność efektów naszego poznania wynika także z faktu, iż nie mamy ścisłych kryteriów oceny funkcjonowania jednostki (punkt odniesienia), bowiem nie ma jednego, powszechnie przyjętego wzoru prawidłowego rozwoju człowieka (jego dynamiki). Proces ten jest bowiem zależny od interakcji wielu czynników, które mogą powodować różne efekty rozwojowe i wychowawcze (Brzezińska 2005, s. 666).

Podstawowe pytania, które stawiamy sobie w procesie diagnozy – czyli rekonstrukcji sytuacji problemowej w aspekcie genetycznym (przeszłość), identyfikacyjnym (teraźniejszość) i prognostycznym (przyszłość) obejmującym przeszłe, aktualne i możliwe przyszłe formy przejawiania się zaburzeń przystosowawczych wraz z ich kontekstem sytuacyjnym i środowiskowym – są następujące: a) co badamy (zjawisko nieprzystosowania), b) jak owo zjawisko zmienia się w czasie (dynamika zaburzeń przystosowawczych), c) od czego zależy owa zmienność (czynniki podmiotowe i środowiskowe ujmowane systemowo, czynniki ryzyka i czynniki chroniące). Musimy także uwzględnić w procesie diagnostycznym czynniki warunkujące jej trafność, szeroko omawiane w innych opracowaniach (Wysocka 2007, 2008),

które można sprowadzić do czynników podmiotowych (diagnosta, osoba badana), kontekstowych (czynniki sytuacyjne, społeczno-kulturowe i środowiskowe), gdzie przejawiają się osobiste doświadczenia, wiedza potoczna, wiedza naukowa oraz potrzeby praktyki społecznej (Brzezińska 2005, s. 676).

Proces diagnostyczny wyznaczają też zasady jego prowadzenia (humanizujące go i wyznaczające pośrednio jego etykę), których należy przestrzegać, by zwiększyć trafność rozpoznania. W sposób skondensowany przedstawia je Anna I. Brzezińska (2005, s. 680), wprowadza w ich istotę Antoni Kępiński (1989), zaś ich rozwinięcie można znaleźć w proponowanych powyżej publikacjach autorki (Wysocka 2007, 2008, 2013, 2015): zasada korzystania z różnych źródeł informacji, zależnie od kategorii wiekowej; zasada stosowania różnych narzędzi diagnostycznych; zasada prowadzenia obserwacji w różnych sytuacjach (codziennych i nietypowych, łatwych i trudnych); zasada powtarzania obserwacji i badań w celu weryfikacji trafności zebranych informacji; zasada konfrontowania informacji pochodzących z różnych źródeł, by ocenić ich trafność, a także by uwzględnić różne perspektywy widzenia problemu; zasada łącznego wykorzystywania wiedzy naukowej (teorii), doświadczenia i wiedzy potocznej w analizie, ocenie i interpretowaniu zebranych informacji.

W procesie diagnozy musimy uwzględnić także naturalne trudności rozwojowe, które wiążą się z okresami przejściowymi między poszczególnymi jego etapami (kryzysy rozwojowe normatywne), oraz trudności rozwojowe motywowane sytuacyjnie, wynikające z warunków własnego życia (kryzysy nienormatywne). Przede wszystkim jednak ważne jest to, jakie nastawienie wobec doświadczanych trudności rozwojowych przyjmuje dana jednostka. Relatywność owego nastawienia – wyznaczanego bezpośrednio (wprost) przez posiadane zasoby i deficyty własne i środowiskowe – częściowo wyjaśnia w przypadku niekorzystnych warunków życiowych właśnie koncepcja *resilience*.

## LITERATURA

- Aksman J., Wysocka E., 2011, *Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata (KNIIS)*. Podręcznik testu – wersja dla uczniów szkoły podstawowej klas VI-VI. Kraków, MEN.
- Andrews D.A., Bonta J., 2003, *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, Ohio, Anderson Publishing.
- Argyle M., 2004, *Psychologia szczęścia*. Wrocław, Wydawnictwo Astrum.
- Baacke D., 1999, *Jugend und Jugendkulturen*. Weinheim-München, Juventa-Verlag.
- Baacke D., 2003, *Die 13- bis 18-jährigen. Einführung in die Probleme des Jugendalters*. Weinheim und Basel, Beltz-Taschenbuch-Verlag.

- Biel K., 2010, *Zła resocjalizacja czy resocjalizacja zła*. W: K. Biel, M. Sztuka (red.), *Resocjalizacja wobec tajemnicy zła*. Kraków, Wydawnictwo WAM, 133–160.
- Block J., Kremen A.M., 1996, *IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness*. "Journal of Personality and Social Psychology", nr 2(70), 349–361.
- Borucka A., 2011, *Koncepcja resilience. Podstawowe założenia i nurty badań*. W: W. Junik (red.), *Resilience. Teoria – Badania – Praktyka*. Warszawa, PARPA-MEDIA, 11–28.
- Borucka A., Ostaszewski K., 2008, *Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia*. „Medycyna Wieku Rozwojowego”, nr 2(12), 587–597.
- Borys B., 2010, *Zasoby zdrowotne w psychice człowieka*. „Forum Medycyny Rodzinnej”, nr 4(1), 44–52.
- Brzezińska A.I., 2005, *Jak trafnie rozpoznawać problemy rozwojowe?* W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk, GWP, 665–681.
- Carr A., 2009, *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*. Poznań, Zysk i S-ka.
- Christiansen E.J., Evans W.P., 2005, *Adolescent Victimization. Testing Models of Resiliency by Gender*. "Journal of Early Adolescence", nr 3(25), 298–316.
- Czapiński J., 2004a, *Spotkanie dwóch tradycji: hedonizmu i eudajmonizmu*. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa, PWN, 13–17.
- Czapiński J., 2004b, *Wstęp*. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa, PWN, 7–10.
- Deręgowski J.B., 1999, *Spotkanie z rzeczywistością wirtualną*. W: J. Koziński (red.), *Humanistyka przełomu wieków*. Warszawa, Żak, 401–417.
- Eco U., 2005, *Tajemniczy płomień królowej Loany*. Warszawa, Noir sur Blanc.
- Fergusson D.M., Horwood L.J., 2003, *Resilience to childhood adversity: Results of a 21 year study*. W: S.S. Luthar (red.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York, Cambridge University Press, 130–155.
- Garmezy N., 1991a, *Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments*. "Pediatric Annals" nr 9(20), 459–460, 463–466.
- Garmezy N., 1991b, *Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty*. "American Behavioral Scientist", nr 34, 416–430.
- Gołek B., Wysocka E., 2011, *Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata (KNIIS)*. Podręcznik testu – wersja dla uczniów szkoły gimnazjalnej. Kraków, MEN.
- Griese H.M., 1996, *Socjologiczne teorie młodzieży. Wprowadzenie*. Kraków, Impuls.
- Hammarskjöld D., 1981, *Drogowskazy*. Kraków, Znak.

- Harris M.K., 2005, *In search for common ground: the importance of theoretical orientations in criminology and criminal justice*. "Criminology and Public Policy", nr 2(4), 311–328.
- Heszen I., Sęk H., 2007, *Psychologia zdrowia*. Warszawa, PWN.
- Junik W., 2011, *Zjawisko rezylencji – wybrane problemy metodologiczne*. W: W. Junik (red.), *Resilience. Teoria – badania – praktyka*. Warszawa, PARPAMESIA, 47–65.
- Kaufmann J-C., 2004, *Ego: socjologia jednostki. Inna wizja człowieka i konstrukcji podmiotu*. Warszawa, Oficyna Naukowa.
- Kępiński A., 1989, *Poznanie chorego*. Warszawa, PZWL.
- Konopczyński M., 1996, *Twórcza resocjalizacja: wybrane metody pomocy dzieciom i młodzieży*. Warszawa, MEN, Editions Spotkania.
- Konopczyński M., 2006, *Metody twórczej resocjalizacji: teoria i praktyka wychowawcza*. Warszawa, PWN, Pedagogium.
- Kozielecki J., 1988, *O człowieku wielowymiarowym: eseje psychologiczne*. Warszawa, PWN.
- Kulesza M., 2009, *Rodzinne zasoby. Nowe możliwości w diagnozie i terapii rodziny*. „Pedagogika Społeczna”, nr 3–4, 25–38.
- Letzring T.D., Block J., Funder D.C., 2005, *Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self*. "Journal of Research in Personality", nr 4(39), 395–422.
- Luthar S.S., Cicchetti D., 2000, *The construct of resilience: Implication for intervention and social policies*. "Development and Psychopathology", nr 12, 857–885.
- Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B., 2000a, *Research on resilience: Reply to commentaries*. "Child Development", nr 71, 573–575.
- Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B., 2000b, *The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work*. "Child Development", nr 71, 543–562.
- Luthar S.S., Zelazo L.B., 2003, *Research on resilience: An integrative review*. W: S.S. Luthar (red.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York, Cambridge University Press, 510–550.
- Marynowicz-Hetka E., 2006, *Pedagogika społeczna*, t. 1. Warszawa, PWN.
- Masten A.S., 2001, *Ordinary magic: Resilience processes in development*. "American Psychologist", nr 3(56), 227–238.
- Masten A.S., 2007, *Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises*. "Development and Psychopathology", nr 19, 921–930.
- Masten A.S., 2011, *Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy*. "Development and Psychopathology", nr 23, 141–154.

- Mazur J., 2007, *Czynniki chroniące młodzież przed niekorzystnym wpływem środowiska*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, t. XLVII, 33–38.
- Mazur J., Tabak I., 2008, *Koncepcja resilience. Od teorii do badań empirycznych*. W: J. Mazur, I. Tabak, A. Małkowska-Szcutnik, K. Ostaszewski, H. Kołło, A. Dzielska, A. Kowalewska, *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych*. Raport z badań HBCS 2006. Warszawa, IMiD, 599–605.
- Obuchowska I., 1997, *Diagnoza psychologiczna w poradniach psychologiczno-pedagogicznych*. „Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego”, nr 2, 5–15.
- Obuchowska I., 1983, *Dynamika nerwic. Psychologiczne problemy zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*. Warszawa, PWN.
- Opora R., 2011, *Nieletni niedostosowani społecznie, lecz odporni psychicznie*. W: W. Junik (red.), *Resilience. Teoria – badania – praktyka*. Warszawa, PARPA-MEDIA, 29–43.
- Ostaszewski K., 2008, *Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży*. W: J. Mazur, I. Tabak, A. Małkowska-Szcutnik, K. Ostaszewski, H. Kołło, A. Dzielska, A. Kowalewska, *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych*. Raport z badań HBCS 2006. Warszawa, IMiD, 19–45.
- Ostaszewski K., Zimmerman M.A., 2006, *The effects of cumulative risks and promotive factors on urban adolescent alcohol and other drug use: A longitudinal study of resiliency*, „American Journal of Community Psychology”, nr 3(38), 237–249.
- Ostrowska K., 1998, *Wokół rozwoju osobowości i systemu wartości*. Warszawa, CMPP-P MEN.
- Ostrowska K., 2002, *Kwestionariusz A-R. Podręcznik*. Warszawa, CMPP-P MEN.
- Ostrowska K., 2008, *Psychologia resocjalizacyjna. W kierunku nowej specjalności psychologii*. Warszawa, Fraszka Edukacyjna.
- Ostrowska K., 2010, *Warunki pozytywnej resocjalizacji*. W: K. Biel, M. Sztuka (red.), *Resocjalizacja wobec tajemnicy zła*. Kraków, Wydawnictwo WAM, 115–131.
- Rutter M., 2003, *Genetic influences on risk and protection: implications for understanding resilience*. W: S.S. Luthar (red.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York, Cambridge University Press, 489–509.
- Schulz R., 2004, *Pedagogika jako nauka o człowieku: próba dookreślenia idei*. W: T. Lewowicki (red.), *Pedagogika we współczesnym dyskursie humanistycznym*. Warszawa-Kraków, Impuls, 113–124.
- Schütz A., 1967, *The phenomenology of the social world*. Evanston, Northwestern University Press.



- Schütz A., 2005, *Świat społeczny i teoria działania społecznego*. W: P. Sztompka, M. Kucia (red.), *Socjologia. Lektury*. Kraków, Znak, 64–70.
- Seligman M.E.P., 1975, *Helplessness*. San Francisco, Freeman.
- Seligman M.E.P., 1996, *Optymizmu można się nauczyć*. Poznań, Media Rodzina.
- Seligman M.E.P., 2002, *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, Free Press.
- Seligman M.E.P., 2004, *Psychologia pozytywna*. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa, PWN, 18–32.
- Świda H., 1974, *Osobowość jako system ustosunkowań wobec świata*. „Studia Pedagogiczne”, t. 30. Wrocław, Ossolineum, 151–201.
- Taylor R.D., Wang M.C. (red.), 2000, *Resilience across contexts: family, work, culture, and community*. Mahwah, New Jersey and London, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Ward T., Maruna S., 2007, *Rehabilitation. Beyond the risk paradigm*. London-New York, New York University Press.
- Wysocka E., 2007, *Człowiek a środowisko życia – wybrane aspekty teoretyczno-metodologiczne diagnozy*. Warszawa, Żak.
- Wysocka E., 2008, *Diagnoza w resocjalizacji. Obszary problemowe i modele rozwiązań w ujęciu psychopedagogicznym*. Warszawa, PWN.
- Wysocka E., 2011, *Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata (KNIIS). Podręcznik testu – wersja dla uczniów szkoły ponadgimnazjalnej*. Kraków, MEN.
- Wysocka E., 2013, *Diagnostyka pedagogiczna: nowe obszary i rozwiązania*. Kraków, Impuls.
- Wysocka E., 2015, *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji. Model teoretyczny i metodologiczny*. Katowice, UŚ.
- Wysocka E., Gózdź J., 2011, *Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata (KNIIS). Podręcznik testu – wersja dla uczniów szkoły podstawowej klas I-III*. Kraków, MEN.
- Wysocka E., Ostafińska-Molik B., 2014, *Nastawienia życiowe młodzieży niedostosowanej społecznie i prawidłowo przystosowanej – analiza porównawcza*. „Przegląd Naukowo-Metodyczny, Edukacja dla Bezpieczeństwa”, nr 22(1), 233–254.
- Zimmerman M.A., Arunkumar R., 1994, *Resiliency research: Implications for schools and policy*. “Social Policy Report. Society for Research in Child Development”, nr 4(8), 1–18.

POSITIVE DIAGNOSIS IN THE ACTIVITIES OF A SOCIAL-REHABILITATION  
PEDAGOGUE – THEORETICAL ASSUMPTIONS AND METHODOLOGICAL  
IDENTIFICATION OF DISORDERS IN ADAPTATION

**Abstract:** The study presented a theoretical and methodological model of a social-rehabilitation diagnosis. In further parts of the article, there was made an analysis of a method of understanding the diagnosis process and social maladjustment (positive approach, concept of ‘resilience’) as well as the basic recommendations were determined for conducting the social-rehabilitation diagnosis. Main areas of diagnosis were indicated and described: individual and environmental, as well as basic elements of the diagnosis process in a positive and negative approach (the complementary model).

**Keywords:** diagnosis, social-rehabilitation diagnosis, the model of diagnosis, *resilience*, positive diagnosis (of resources), negative diagnosis (of deficits)