



You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Diagnoza pozytywna w resocjalizacji : model teoretyczny i metodologiczny

Author: Ewa Wysocka

Citation style: Wysocka Ewa. (2015). Diagnoza pozytywna w resocjalizacji : model teoretyczny i metodologiczny. Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego

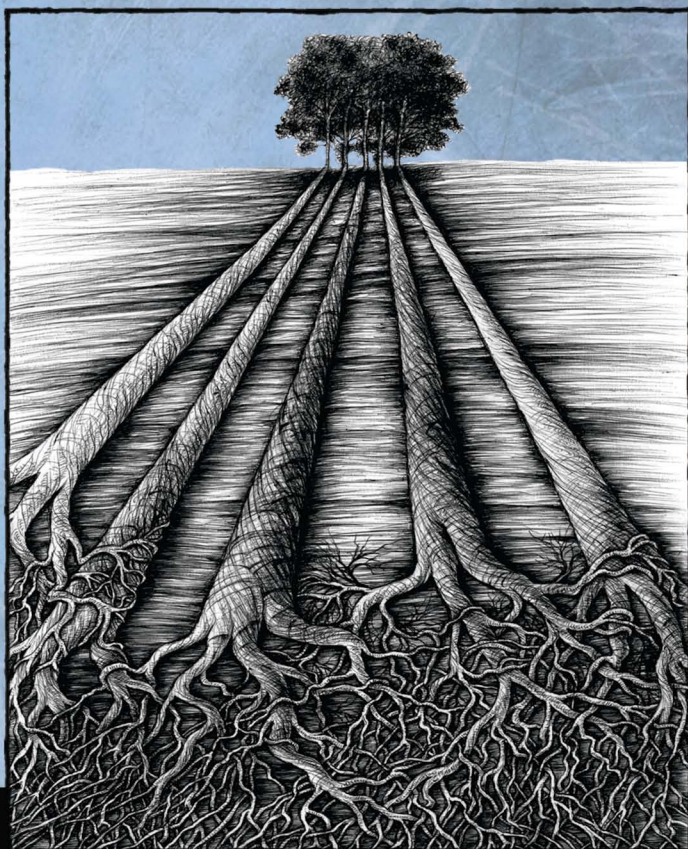


Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Ewa Wysocka

Diagnoza pozytywna w resocjalizacji

Model teoretyczny i metodologiczny



WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU ŚLĄSKIEGO
KATOWICE 2015

Diagnoza pozytywna w resocjalizacji

Model teoretyczny i metodologiczny

Dzisiejszy świat oferuje nam niespotykany dotąd wachlarz możliwości tworzenia siebie i budowania własnej tożsamości. W nas samych leży odpowiedź na pytanie, kim jesteśmy, skąd przyszliśmy i dokąd zmierzamy.

(Giddens 2004: 53)

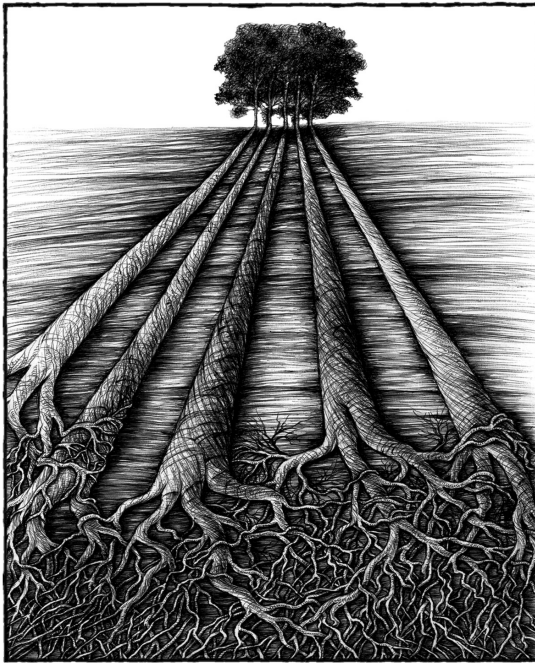


NR 3370

Ewa Wysocka

Diagnoza pozytywna w resocjalizacji

Model teoretyczny i metodologiczny



Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego • Katowice 2015

Redaktor serii: Pedagogika
Ewa Wysocka

Recenzent
Jerzy Nikitorowicz

Spis treści

Wstęp	9
ROZDZIAŁ 1.	
Diagnoza pozytywna i negatywna w resocjalizacji – ogólne założenia teoretyczne	13
Wprowadzenie	15
1.1. Dominujące podejścia w diagnozie resocjalizacyjnej – patogeneza czy salutogeneza	19
1.1.1. Patogeneza jako dominujący sposób wyjaśniania zaburzeń przystosowawczych	19
1.1.2. Salutogeneza jako dominujący sposób wyjaśniania zaburzeń przystosowawczych	23
1.2. Główne wyznaczniki i problemy procesu diagnozy w resocjalizacji	27
1.3. Psychologia pozytywna a resocjalizacja (aspekty diagnozy zaburzeń)	31
1.4. Modele resocjalizacji w kontekście diagnozy źródeł i pokonywania „ludzkiego zła”	38
1.4.1. Koncepcja <i>resilience</i> i koncepcja salutogenezy jako podstawa teoretyczna diagnozy pozytywnej w resocjalizacji	42
1.4.2. Model ryzyka i model dobrego życia – źródła, charakterystyka i ich zastosowanie w diagnozie resocjalizacyjnej	46

1.4.2.1. Model ryzyka oraz jego zastosowanie w diagnozie i metodyce pracy resocjalizacyjnej oraz egzemplifikacja podejścia „negatywnego”	47
1.4.2.2. Model dobrego życia oraz jego zastosowanie w diagnozie i metodyce pracy resocjalizacyjnej oraz egzemplifikacja podejścia „pozytywnego”	53
1.4.3. Modele wsparcia (pomocy) w rozwoju a modele ryzyka i dobrego życia oraz ich zastosowanie w pozytywnej diagnozie resocjalizacyjnej	59
1.4.4. Model komplementarny pomocy w rozwoju jako egzemplifikacja pozytywnej diagnozy resocjalizacyjnej i pozytywnej resocjalizacji — uzasadnienie modelu	66
ROZDZIAŁ 2.	
Diagnoza pozytywna i negatywna w resocjalizacji — konkretyzacja założeń teoretycznych i metodologicznych	75
Wprowadzenie	77
2.1. Zrozumieć niedostosowanie społeczne — model teoretyczny, czyli ogólnie o obszarach diagnozy pozytywnej i negatywnej	79
2.1.1. Charakterystyka i wyznaczniki procesu rozwoju	79
2.1.1.1. Podstawowe wymiary ludzkiego rozwoju i zaburzeń rozwojowych	81
2.1.1.2. Mechanizmy i procesy determinujące rozwój człowieka	92
2.1.1.3. Poznawcze mechanizmy rozwoju i psychopatologii zaburzeń rozwojowych	107
2.1.1.4. Zniekształcenia poznawcze jako wyznaczniki jakości rozwoju	116
2.1.1.5. Środowiskowy i społeczno-kulturowy kontekst rozwoju — model czynników ryzyka i czynników chroniących	125
2.1.2. Diagnoza w resocjalizacji — model komplementarny	141
2.2. Poznać świat życia jednostki niedostosowanej społecznie, czyli ogólnie o podstawach metodologicznych diagnozy	152

2.3. Propozycje podejść teoretyczno-metodologicznych do obszarów diagnozy w resocjalizacji	160
2.4. Etyka postępowania pedagoga resocjalizacyjnego – wyznaczniki i specyfika	164
Refleksja na zakończenie	179
Bibliografia	183
Wykaz schematów i tabel	205
Indeks nazwisk	207
Indeks rzeczowy	213
Summary	221
Résumé	223
Zusammenfassung	227

Wstęp

Jedno z najbardziej istotnych pytań stawianych coraz częściej w różnych refleksjach naukowych odnosi się do sensu resocjalizacji. Zadawane jest ono w kontekście jej efektywności, zwykle zaś odpowiada się na nie różnie, co zależy od przyjętych kryteriów oceny i sfer, które ocenie poddajemy. Przyjęcie kryterium efektywności rodzi jednak uzasadnione wątpliwości co do sensu resocjalizacji, zwykle bowiem praktyczne działania resocjalizujące w niewielkim stopniu spełniają swoją funkcję.

Niewątpliwie jednym z najważniejszych czynników warunkujących efektywność resocjalizacji jest prawidłowo realizowany proces diagnostyczny, immanentnie powiązany z adekwatnie do jego rezultatów prowadzonym procesem wychowania resocjalizującego. Oba procesy realizowane powinny być w jednym paradygmacie teoretyczno-metodologicznym, diagnoza zaś jest podstawą projektowania działań resocjalizacyjnych, wynikających z jej rezultatów. Oba procesy wzajemnie się przenikają, mając status równoległych, dlatego diagnoza postawiona podczas działania resocjalizacyjnego jest pogłębianą, a metody działania podlegają modyfikacji w trakcie procesu resocjalizacji, zależnie od dokonującego się w sposób ciągły procesu poznawania jednostki nieprzystosowanej/niedostosowanej¹ społecznie.

¹ W publikacji często zamiennie stosuje terminy: „niedostosowanie społeczne” i „nieprzystosowanie społeczne”, które w literaturze przedmiotu są różnie definiowane, często też nie dokonuje się ich jednoznacznego różnicowania. Przyjmuje, że „niedostosowanie społeczne” jest terminem węższym, zwykle będąc wynikiem zaburzeń nieprzystosowawczych (niedostosowanie jako rezultat nieprzystosowania społecznego) i stanowiąc jego bardziej utrwaloną formę. Nieprzystosowanie społeczne może zatem zawierać w sobie

Punkt wyjścia w konceptualizacji obszarów, zakresu i przedmiotu dokonywanej 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 (K a u f m a n n 2004: 214);

b) koncepcja dynamicznego „systemu ustosunkowań wobec świata” (Ś w i d a 1974, za: M a r y n o w i c z - H e t k a 2006: 36), która implikowana jest pedagogiczną i psychologiczną perspektywą widzenia podmiotu jej zainteresowań, a więc człowieka w trakcie stawania się (tworzenia, procesu rozwoju);

c) koncepcja *resilience* odnosząca się do procesów i mechanizmów, które sprzyjają prawidłowemu (pozytywnemu) funkcjonowaniu jednostki, pomimo występujących w jej życiu przeciwności losu, czynników ryzyka i zagrożeń rozwojowych, traumatycznych przeżyć, ulokowanych w biografii człowieka (Z i m m e r m a n, A r u n k u m a r 1994; L u t h a r, C i c c h e t t i 2000; L u t h a r, C i c c h e t t i, B e c k e r 2000a, b; T a y l o r, W a n g, e d s. 2000; F e r g u s o n, H o r w o o d 2003; L u t h a r, Z e l a z o 2003; R u t t e r 2003; C h r i s t i a n s e n, E v a n s 2005; O s t a s z e w s k i, Z i m m e r m a n 2006; D e z e n 2007; B o r u c k a, O s t a s z e w s k i 2008; B o r u c k a 2011);

d) koncepcja salutogenezy, która często traktowana jest jako przełamanie paradygmatu w naukach o zdrowiu i zaburzeniach jednostki, przedstawiona zaś została przez A a r o n a A n t o n o w s k y’ e g o (1979, 1987, 1997, 2005) jako efekt jego badań nad osobami doświadczającymi skrajnego stresu (obóz koncentracyjny, doświadczenia wojenne), które wykazywały zaskakujący poziom zdrowia psychicznego, pomimo przeżytej długotrwałej traumy. Teoria salutogenezy Antonowsky’ego nawiązuje do transakcyjnej teorii stresu Richarda L a z a r u s a (1966; L a z a r u s, F o l k m a n 1984), ale istotnie ją reinterpretuje, poszerzając jej założenia.

Przedstawione koncepcje lokują proces diagnozy w obszarze wiedzy z zakresu psychologii i pedagogiki społecznej, psychologii rozwojowej i zdrowia, pedagogiki specjalnej oraz w naukach biologicznych. Wyzna-

zachowania stanowiące przejawy niedostosowania lub do niego prowadzi, zawsze jednak jednostka niedostosowana jest także nieprzystosowana społecznie.

cza ją zatem traktowanie zjawiska nieprzystosowania społecznego (i jego diagnozy) w ujęciu interdyscyplinarnym (transdyscyplinarnym), a nawet — włączając weń proces postdiagnostyczny, związany z działaniem ukierunkowanym na zmianę — w ujęciu transwersalnym (Marynowicz - Hetka 2006). Wskazują one także ogólnie przedmiot diagnozy, a więc różnie ujmowane warunki decydujące o procesie „stawania się jednostki ludzkiej”, a konkretnie problemy jej rozwoju, czyli rozwój biopsychiczny w pełnym cyklu życia w sensie przyrodniczym, kulturowym i osobowym (Schulz 2004: 117, za: Marynowicz - Hetka 2006: 36).

W proponowanym podejściu — pozytywnym — istotne są różne kategorie opisu diagnostycznego człowieka: wielowymiarowość (różne sfery funkcjonowania) i ciągłość (proces rozwoju w pełnym cyklu życia). Bierze się tu także pod uwagę dwie możliwości ukierunkowania rozwoju jednostki: prospołeczny, prorozwojowy *vs.* antyspołeczny, destrukcyjny rozwojowo. Przy czym zakłada się, że dla procesu zmiany szczególnie istotne jest odkrywanie potencjałów (diagnoza pozytywna) zarówno z perspektywy skuteczności działań resocjalizacyjnych, jak i warunkującej tę zmianę humanistycznej perspektywy widzenia problemów rozwoju człowieka (podejście pozytywne, nurt kontroli). Wynikają stąd pośrednio, przyjęte *a priori* jako istotne dla pozytywnie ukierunkowanej autokreacji, różne mechanizmy rozwojowe: 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**).

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

Człowiek w naukach społecznych, a więc w pedagogice i w psychologii także, traktowany jest jako byt wielowymiarowy (Kozielecki 1988), w sensie jego wieloaspektowej charakterystyki i wielorakiego zdeterminowania (bio-psycho-społecznego), a także „bycia” podmio-

tem aktywnie kreującym siebie i własne otoczenie (podmiot poznający, refleksyjny, myślący i działający) oraz podlegającym oddziaływaniom (wychowanie, socjalizacja). W tym kontekście można się odwołać do konstatacji Romana Schulza (2004: 117, za: Marynowicz-Hetka 2006: 36–37), który twierdzi, że człowiek jednocześnie podlega opiece i opiekuje się innymi, podlega socjalizacji i inkulturacji, ale także indywidualizuje swój byt, jest wychowywany, ale i aktywnie kreuje siebie, choć za oczywistość można uznać, że owe bardziej podmiotowe (np. autokreacja, samowychowanie) lub bardziej przedmiotowe (np. wychowanie, socjalizacja, formowanie) wyznaczniki jego stawania się z różną siłą wyznaczają ów proces na różnych etapach życia człowieka.

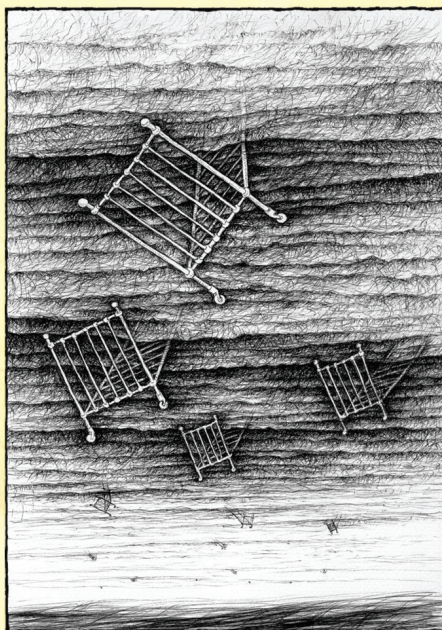
Wydaje się, że biorąc pod uwagę poczynione ustalenia, można włączyć w koncepcję wyjaśniającą nieprzystosowanie społeczne właśnie ów pozytywny wymiar autokreacji, występujący niezależnie od warunków własnego rozwoju (czynników ryzyka), czyli koncepcje: *resilience*, *salutogenezy* czy też autokreacji.

Praca składa się z dwóch dopełniających się rozdziałów, odnoszących się do specyficznych założeń teoretycznych i metodologicznych diagnozy w resocjalizacji, w ujęciu tzw. komplementarnym, z założeniem priorytetowości diagnozy pozytywnej (potencjałów, zasobów) i jedynie uzupełniającego charakteru diagnozy negatywnej (deficytów, zaburzeń). W założeniach praca uzupełniona zostanie kolejną publikacją prezentującą konkretny warsztat diagnostyczny możliwy do wykorzystania w praktyce pedagogicznej, skonstruowany z uwzględnieniem przyjętych założeń teoretyczno-metodologicznych.

Publikacja może trafić do zróżnicowanego odbiorcy, zarówno teoretyka, jak i praktyka zajmującego się diagnozą na potrzeby resocjalizacji, ale nie tylko w tym obszarze przedstawione w niej założenia są możliwe do zastosowania. Prezentowane interdyscyplinarne podejście do procesu diagnozy ma znaczenie we wszystkich naukach społecznych, głównie, choć nie jedynie, nachylonych na działanie praktyczne. Publikacja może też pełnić funkcje dydaktyczne, a więc może być wykorzystywana w pracy dydaktycznej.

Rozdział 1

Diagnoza pozytywna i negatywna w resocjalizacji – ogólne założenia teoretyczne



„Nikt nie może cię zrehabilitować. Sam siebie rehabilitujesz” .

Nikt nie może cię zrehabilitować. Sam siebie rehabilitujesz

(Harris 2005: 317, za: Biel 2010: 150)

Wprowadzenie

Motto tego rozdziału stanowi uzasadnienie koncepcji diagnozy pozytywnej w resocjalizacji, wskazuje bowiem konieczność podejmowania działań kreatywnych, służących pokonywaniu trudności rozwojowych, działań, które muszą być zainicjowane i realizowane przez jednostkę przejawiającą problemy przystosowawcze. Oznacza to pracę nad wewnętrzną motywacją do zmiany, która jest możliwa jedynie wówczas, gdy jednostka odkryje własne potencjały (samopoznanie) i będzie miała poczucie, że ich realizacja jest możliwa (poczucie skuteczności i kontroli nad własnym losem). W takim ujęciu mówimy o resocjalizacji pozytywnej (Ostrowska 2008, 2010), która może być realizowana przez diagnozę pozytywną (Wysocka 2008, 2013 a, b) oraz przez resocjalizację twórczą (Konopczyński 1996, 2006, 2013).

Poszukując odniesień teoretycznych służących uzasadnieniu diagnozy pozytywnej jako dominującej w resocjalizacji, można wyjściowo odnieść się do koncepcji diagnozy rozwojowej Ireny Obuchowskiej, która jako pierwsza zwróciła uwagę na jej znaczenie, integrując oba podejścia: „pozytywne” (diagnoza zasobów i potencjałów) i „negatywne” (diagnoza deficytów i zaburzeń), a także wskazując konieczność łączenia obu podejść w jednym modelu, obejmującym właśnie diagnozę pozytywną i negatywną.

Definiując zakres obu pojęć, wskażę jedynie ich najistotniejsze cechy. **W diagnozie negatywnej**, dominującej w dotychczasowych podejściach

do procesu diagnostycznego, koncentrujemy się na określeniu istoty problemów doświadczanych przez jednostkę. Wiąże się to z poszukiwaniem ich przyczyn, mechanizmów zaburzeń oraz daje podstawę do opisu ich skutków dla jednostki (jej rozwoju) i jej otoczenia (środowiska życia). Diagnoza ta, co oczywiste, musi być poprzedzona refleksją teoretyczną o naturze zaburzeń (koncepcja dewiacji – symptomatologia, etiologia), naturze badanego podmiotu (aspekty rozwojowe i społeczne) i adekwatnych do nich metodach poznania (zbierania informacji i ich analizowania). Proces diagnostyczny jest strukturalizowany następująco: diagnozy cząstkowe, uzyskane – co ważne – z zastosowaniem różnych metod (klinicznych i psychometrycznych), stanowią podstawę postawienia wstępnej ogólnej hipotezy diagnostycznej dotyczącej doświadczanego problemu, jego przyczyn, mechanizmów i skutków rozwojowych (diagnoza wstępna). Podkreślenia wymaga fakt, że konkluzja oceniająca jest jedynie hipotezą, której potwierdzenia poszukuje się w procesie działania i obserwacji osoby badanej „poddawanej” różnym zabiegom korekcyjnym. Hipoteza diagnostyczna stawiana jest zawsze z odniesieniem uzyskanych informacji do przyjętego przez diagnostę modelu teoretycznego (refleksja teoretyczna). Daje to podstawę do postawienia ostatecznej konkluzji oceniającej (końcowej diagnozy), która jednak w toku dalszego działania (postdiagnostycznego) musi być w sposób ciągły weryfikowana.

Diagnoza pozytywna, często pomijana zarówno w analizach teoretyków, jak i zwykle w praktyce pedagogicznej, polega na odkrywaniu zasobów i potencjałów, różnorodnych zdolności i właściwości badanego podmiotu, które na skutek niesprzyjających warunków rozwojowych (braku wsparcia w rozwoju) nie mogły się ujawnić, stanowiących zaś ważny czynnik dla procesu zmiany, pokonywania kryzysów rozwojowych i odblokowywania mechanizmów autokreacji. Tok postępowania w obszarze diagnozy pozytywnej jest analogiczny, gdyż wiąże się z zebraniem lub wykorzystaniem zgromadzonych wcześniej informacji, z zastosowaniem zwykle tych samych metod poznania, ale ukierunkowanych na identyfikację mocnych stron jednostki i jej środowiska życia. Celem diagnozy pozytywnej jest zatem identyfikacja pozytywnych cech i właściwości jednostki (dyspozycji), mechanizmów prorozwojowych i pozytywnych wpływów środowiska wychowawczego. Stanowią one

podstawę postawienia hipotetycznej diagnozy pozytywnej, która także musi być poddana refleksji teoretycznej w kontekście znaczenia zidentyfikowanych stanów dla rozwoju jednostki i pod kątem jej przydatności w projektowaniu działań postdiagnostycznych.

Zakłada się, że diagnoza negatywna i pozytywna stanowią **diagnozę pełną** (ze względu na jej ukierunkowanie i aspekty diagnozy), wykorzystywaną do projektowania modelu działań interwencyjnych, opartych na działaniach dwukierunkowych: eliminujących deficyty i wzmacniających potencjały. Przyjętą zasadę stanowi to, iż diagnoza pozytywna jest bardziej istotna i znacząca dla procesu projektowania działań interwencyjnych niż diagnoza negatywna. Diagnoza pozytywna dotyczy wykorzystania w projektowaniu czynników bezpośrednio stymulujących rozwój, druga zaś polega na eliminacji czynników hamujących ów rozwój. Założenie to wynika z konstatacji, potwierdzonej zarówno zdroworozsądkowo, jak i teoretycznie oraz empirycznie, że skuteczne działanie, służące funkcjonalnie zmianie jest oparte na tym, co w jednostce sprawne i rozwija się w prawidłowym kierunku. Jednocześnie w projektowaniu postdiagnostycznym nie należy pomijać działań usprawniających istniejące deficyty, jednak ma to zwykle — lub powinno mieć — charakter wtórny lub pomocniczy (O b u c h o w s k a 1997: 13–14). Kwestie te na gruncie pedagogiki resocjalizacyjnej podejmował już dawno Czesław C z a p ó w (1980), uwzględniając w pedagogicznych działaniach wychowawczych różne ich typy: semiotropowe, etiotropowe i ergotropowe (omówione później). Znaczenie diagnozy pozytywnej i działań tzw. uczynniających, czyli aktywizujących, stymulujących i wzmacniających odkryte potencjały jednostki, argumentował on w sposób zdroworozsądkowy, ale z odniesieniem do wiedzy teoretycznej dostępnej dla niego w tamtym czasie. Wskazywał mianowicie na to, że symptomy zaburzeń przestają być funkcjonalne, czyli przestają służyć zaspokajaniu potrzeb w sposób destrukcyjny (bo inny jest dla jednostki niedostępny) i mają tendencję do redukcji się wówczas, gdy wyeliminuje się blokady rozwoju i jednostka odkryje konstruktywne sposoby osiągania własnych celów i realizowania osobiście znaczących wartości. Można zatem uznać Czapowę za prekursora koncepcji, które wpisują się w model działania humanistycznego, wynikającego z założeń teoretycznych psychologii pozytywnej, w której ulokowane są koncepcje *resilience* i salutogenezy.

Innymi słowy, w pewnym stopniu można uznać Czapowa za prekursora resocjalizacji pozytywnej, opartej na diagnozie potencjałów (diagnozie pozytywnej) i wykorzystywaniu ich w procesie zmiany (resocjalizacja twórcza).

Warto zaznaczyć, że problem kompleksowości rozpoznania, związany z zasadą łączenia diagnozy pozytywnej i negatywnej (konieczność identyfikacji mocnych i słabych stron jednostki oraz warunków, w jakich jej rozwój przebiega), jest bardzo ważny z perspektywy prakseologii działania resocjalizacyjnego, gdyż brak respektowania tej zasady ogranicza obszar projektowanych działań modyfikacyjnych i jednocześnie zmniejsza ich skuteczność. Zasadą działania pedagogicznego jest natomiast takie jego organizowanie, by uwzględniać wyjściowo mocne strony (zasada priorytetu działań ergotropowych), co jedynie uzupełniane winno być działaniami bezpośrednio eliminującymi objawy dysfunkcjonalności zachowań i warunków życia (zasada „następczości” działań semiotropowych). Ważne jest tu także uwzględnianie tych aspektów działania, które ukierunkowane są na eliminację czynników sprawczych, a więc eliminowanie przyczyn zaburzeń (zasada znaczenia działań etiotropowych i diagnozy etiologii zaburzeń).

Problem ten został teoretycznie rozwiązany, gdyż prakseologiczne reguły działania korekcyjnego wskazują na to, iż warunkiem ich efektywności jest kompleksowe rozpoznanie, dokonywane nie tylko w zakresie poziomu i rodzaju zaburzeń w zachowaniu jednostki oraz dysfunkcjonalności warunków jej rozwoju (diagnoza symptomatologiczna – identyfikacyjna, przyczynowa i konsekwencyjna, ukierunkowana negatywnie na zaburzenia, powiązana z działaniem semiotropowym i etiotropowym), ale także w zakresie prawidłowego funkcjonowania jednostki w środowisku jej życia (diagnoza potencjałów – identyfikacyjna, ukierunkowana pozytywnie i powiązana z działaniami ergotropowymi).

W projektowaniu postdiagnostycznym należy więc uwzględniać diagnozę pozytywną, wykorzystywaną w działaniach pośrednio eliminujących zaburzenia (T o k a r c z y k 1997: 54). W praktyce pedagogicznej (także resocjalizacyjnej) diagnoza wstępna o charakterze selekcyjnym (podstawa kwalifikacji do określonych działań interwencyjnych) zawiera głównie konkluzje oceniające zakres deficytów osoby badanej, zwykle bez jakichkolwiek informacji o jej potencjałach rozwojowych. Ogranicza

to projektowanie postdiagnostyczne w zakresie działań ergotropowych i dodatkowo powoduje problemy w kontakcie diagnostyczno-terapeutycznym (w jego nawiązaniu i rozwijaniu), co jest nie mniej ważne z punktu widzenia skuteczności działań interwencyjnych. Działanie korygujące deficyty wiąże się z trudnościami w budowaniu kontaktu diagnostyczno-terapeutycznego, co nie ma miejsca w sytuacji działań wspierających rozwój odkrytych potencjałów. Kontakt ten oparty jest wówczas na zawierzeniu, zaufaniu, bezpośrednio przekonując jednostkę, że diagnosta czy terapeuta (wychowawca) działa, kierując się zasadą ochrony jej dobra, a nie ochrony społeczeństwa (zwykle negatywnie ocenianego, ze względu na własne doświadczenia i utrwalone przekonania o złu świata i ludzi; Wysocka, Ostafińska 2014).

1.1. Dominujące podejścia w diagnozie resocjalizacyjnej — patogeneza czy salutogeneza

W opisie i wyjaśnianiu zjawiska niedostosowania społecznego, stanowiących przedmiot diagnozy resocjalizacyjnej, można wyodrębnić dwa główne stanowiska: negatywne (psychopatogenetyczne) i pozytywne (salutogenetyczne), które współcześnie próbuje się łączyć, tworząc model komplementarny — całościowo wyjaśniający fenomen rozwoju oraz zaburzeń w funkcjonowaniu psychospołecznym jednostki. Krótko scharakteryzując oba podejścia, stanowią one bowiem źródło założeń dotyczących diagnozy pozytywnej i resocjalizacji pozytywnej jako podstawowych dla opisu, wyjaśniania (metodologia diagnozy) i modyfikowania (metodyka resocjalizacji) procesów nieprzystosowawczych, przyjętych w tym opracowaniu, funkcjonalnie powiązanych z efektywnością oddziaływań resocjalizacyjnych.

1.1.1. Patogeneza jako dominujący sposób wyjaśniania zaburzeń przystosowawczych

W resocjalizacji, która swe założenia dotyczące procesu przystosowania i jego zaburzeń czerpała głównie z podejść właściwych psychologii

klinicznej, dominuje od dawna tzw. podejście patogenetyczne, nastawione na odnajdywanie przyczyn, czynników, mechanizmów i uwarunkowań zaburzeń przystosowawczych. Główne pytanie, jakie dotąd stawiano (i jakie nadal się stawia), dotyczyło przyczyn i czynników determinujących niedostosowanie społeczne. Zależnie od ujęcia, w podejściu patogenetycznym diagności koncentrują się na różnych przyczynach i okolicznościach powstawania zaburzeń, wyjaśnianiu związków pomiędzy czynnikiem patogenetycznym a procesem wadliwego funkcjonowania społecznego, co w założeniach decyduje o skuteczności działań korekcyjnych, opartych na eliminacji negatywnych czynników sprzyjających pojawianiu się zaburzeń w zachowaniu.

Ogólnie w psychopatologii i psychiatrii czynniki patogenne dzieli się na:

a) **psychogenne**, związane z uczeniem się zaburzeń, zaburzeniami procesów regulacji, rozwoju struktur osobowości, rozwoju więzi, warunkami socjalizacyjnymi, działaniem trudnych, stresowych, sytuacji, czy sytuacji traumatycznych (powodujących urazy);

b) **somatogenne**, związane z czynnikami warunkującymi choroby somatyczne (np. zakaźne, toksyczne, metaboliczne) i ich korelatami, powodującymi zaburzenia funkcjonowania układu nerwowego;

c) **endogenne**, związane z predyspozycjami genetycznymi i właściwościami konstytucjonalnymi jednostki (np. temperament, cechy układu nerwowego i innych układów organizmu).

W psychologii i resocjalizacji czynniki patogenetyczne najczęściej dzieli się na:

a) **biologiczne**, w tym genetyczne, konstytucjonalne i osobowościowe;

b) **psychologiczne**, w tym osobowościowe i sytuacyjne;

c) **społeczno-kulturowe**, związane z patologią środowiska życia (Sęk 2012: 40).

Należy mieć przy tym na uwadze, że czynniki te nie działają w izolacji, dlatego zaburzenia przystosowawcze są wynikiem współdziałania wielu z nich, w sposób zawsze specyficzny z sobą powiązanych, wchodzących z sobą w interakcje, w związku z tym tworzących swoisty dla każdej jednostki ciąg i splot czynników – model bio-psycho-społeczny. Oznacza to, że zaburzenia przystosowawcze są zjawiskami wielowymia-

rowymi i dynamicznymi, wynikającymi ze współdziałania wielu powiązanych z sobą czynników:

a) oddziałujących bezpośrednio (czynniki pierwotne, dominujące, sprawcze), lub

b) oddziałujących pośrednio (czynniki wtórne, zmienne pośredniczące, „wzmacniające” zaburzenie),

stanowiących o specyficie mechanizmu zaburzeń (w jaki sposób mechanizmy te oddziałują na siebie wzajemnie, powodując zaburzenie; interakcyjność czynników patogenetycznych). Status tych czynników może być różny, np. czynniki sytuacyjne, osobowościowe, temperamentalne, genetyczne lub środowiskowe, czyli kontekst społeczno-kulturowy oraz indywidualne doświadczenia zdobywane w procesie socjalizacji.

Etiologia i czynniki patogenetyczne wchodzi z sobą w interakcje i podlegają dynamicznym przemianom w ontogenezie, co zakładał w swej teorii etioepigenezy już Tadeusz Bilikiewicz (1957/1973), wskazując, że etiologia i patogeneza zaburzeń są zjawiskami wielowymiarowymi i dynamicznymi. Wedle tej teorii, w ontogenezie nakładają się na siebie różne czynniki i warstwy procesu patogenetycznego:

a) **warstwa I** — stanowiąca trwałe podłoże dziedziczno-konstytucjonalne, w którym działają czynniki usposabiające, czyli predysponujące do zaburzeń (czynniki ryzyka patologii); ale ich istnienie nie musi decydować o wystąpieniu zaburzenia;

b) **warstwa II** — czynniki etiopatogenetyczne zakłócające lub uszkadzające funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego, choć nie tylko o charakterze biologicznym, np. doświadczane konflikty, motywy, destrukcyjne rozwojowo przekonania (np. omówione w dalszej części opracowania zniekształcenia poznawcze, egotystyczne i samoponiżające);

c) **warstwa III** — nakładające się cechy zespołów psychopatologicznych (treści, jakość zaburzeń), a także czynniki wyzwalające zaburzenia (por. Sę k 2012: 41–42).

Warto tu wspomnieć o modelu współdziałania różnych czynników w genezie zaburzeń, także przystosowawczych, dominującym współcześnie w psychopatologii (Carson, Butcher, Mineka 2003; Seligman, Walker, Rosenhan 2003). Jest to interakcyjny **model: podatność — stres**, który wydaje się łączyć w sobie założenia modelu ryzyka i pośrednio modelu dobrego życia, w tym sensie, że owa po-

datność stanowi alternatywną możliwość dla czynników opisywanych w koncepcji *resilience* (dobrego przystosowania mimo występowania niekorzystnych czynników rozwojowych) jako chroniące (brak podatności).

Podatność na zaburzenia wyznaczana jest przez predyspozycje jednostki, stanowiące wynik oddziaływania na nią, powiązanych z sobą czynników biologicznych, psychologicznych i społeczno-kulturowych, mających różne znaczenie w poszczególnych przypadkach. Czynniki te traktowane są jako predestynujące do zaburzeń (czynniki podatności), ale nie stanowią bezpośredniej ich przyczyny (nie wyzwalają zaburzeń czy nie mają mocy sprawczej), podobnie jak w koncepcji *resilience* czynniki chroniące mogą blokować (ale nie muszą) ryzyko wystąpienia zaburzeń.

W modelu: podatność — stres czynnikiem sprawczym jest czynnik stresujący (obciążający), tzw. patogen, czyli sytuacje trudne i codzienne obciążenia lub krytyczne wydarzenia życiowe (doświadczana trauma). Jednakże i one nie mają samodzielnej „mocy sprawczej”, czyli nie są samodzielnymi czynnikami powodującymi wystąpienie zaburzeń. Dopiero **interakcja** obu czynników: dyspozycyjnej podatności (warunkowanej polietologicznie — bio-psycho-społecznie i kulturowo) oraz doświadczanych sytuacji trudnych, stanowi czynnik wyzwalający proces ujawniania się zaburzeń. O sposobie działania przewlekłego stresu, traktowanego jako wynik niespełnienia określonych wymagań życiowych, współdecydują np. stan układu nerwowego (siła i reaktywność) oraz stan somatyczny organizmu. Jednocześnie jednak zwraca się uwagę na możliwość działania różnych mechanizmów ochronnych, które zwiększają odporność na stres (zasoby odpornościowe), rozwijane np. w koncepcji *resilience*.

Uzupełnia i rozwija tę koncepcję formułowany współcześnie w etiopatologii model współdziałania zespołów ryzyka zaburzeń, tzw. **model czynników ryzyka**, w którym jest eksponowane znaczenie różnych, nakładających się na siebie biologicznych, osobowościowych, temperamentalnych oraz behawioralnych czynników ryzyka i stresu życiowego, stanowiących korelaty zaburzeń o różnej sile oddziaływania (różnym prawdopodobieństwie wywoływania zaburzeń). Zakłada się, że im więcej takich czynników występuje w życiu jednostki, tym większe jest ryzyko wystąpienia zaburzeń. Model korelacyjny pozwala budować złożone

układy czynników wyjaśniających, o różnej mocy sprawczej, wskazując jednocześnie istotne mechanizmy procesu nieprzystosowania, obrazujące też proces rozwoju zaburzeń. Ogólnie rzecz ujmując, wskazuje się w tego typu koncepcjach, że indywidualne predyspozycje jednostki oraz ukształtowane w procesie socjalizacji i nabywania doświadczeń życiowych wzory reagowania na sytuacje trudne, stresujące, tworzą „indywidualny program” funkcjonowania jednostki, który pozostaje w sprzeczności z wymaganiami życia, prowadząc do zaburzeń w jej rozwoju, ujawnione zaś zaburzenia włączają się w proces ich wzmacniania (L e v i 1974, za: S ę k 2012: 43–44). Jednakże i w tych koncepcjach zakłada się, choć z pominięciem ich analizy, istnienie czynników ochronnych, które blokują ów proces.

W modelach tych wskazuje się bezpośrednio, że – oprócz czynników ryzyka i tzw. podatności na stres – jednostka ma do dyspozycji także różne mechanizmy ochronne, które redukują tę podatność na stres (zwiększając odporność jednostki na stres). Pozwala to łączyć z sobą oba podejścia do etiologii zaburzeń: patogenetyczne i salutogenetyczne (S ę k 2012: 43), skłaniając do tworzenia modeli komplementarnych.

1.1.2. Salutogeneza jako dominujący sposób wyjaśniania zaburzeń przystosowawczych

Model salutogenezy często traktowany jest jako przełamanie paradygmatu w naukach o zdrowiu i zaburzeń funkcjonowania jednostki. Przedstawiony został przez A n t o n o w s k y ' e g o (1979, 1987, 1997, 2005) jako efekt jego badań nad osobami doświadczającymi ekstremalnego stresu (obóz koncentracyjny, doświadczenia wojenne), które wykazywały zadziwiający poziom zdrowia psychicznego, pomimo przeżytej długotrwałej traumy. Teoria salutogenezy Antonowsky'ego nawiązuje do transakcyjnej teorii stresu Richarda L a z a r u s a (1966; L a z a r u s, F o l k m a n 1984), ale istotnie ją reinterpretuje, poszerzając jej założenia.

Ogólnie ujmując kwestię zdrowia psychofizycznego i społecznego, autor zakłada, że naturalnym stanem funkcjonowania jednostki jest dynamiczny stan równowagi, jednostka bowiem jako organizm stanowi system podlegający prawom entropii (tendencja systemu do dezorganizacji)

i negentropii (zdolność systemu do organizacji). Jednostka nieustannie spotyka się z różnymi i wszechobecnymi w jej życiu stresującymi bodźcami, na które reaguje i do których musi się dostrajać, chcąc zachować dynamiczną równowagę własnych procesów życiowych na określonym, ale optymalnym dla jej funkcjonowania poziomie. Prawidłowe funkcjonowanie jednostki, charakterystyczne dla stanu zdrowia, jest po prostu procesem stałego reagowania na wymagania płynące z otoczenia i z jej wnętrza, po to, by przywracać lub zachowywać określony poziom organizacji własnego funkcjonowania (poziom dynamicznej równowagi wewnętrznej i zewnętrznej systemu). Zdrowie jest w tej koncepcji ujmowane jako proces, który tym samym można przedstawić w postaci kontinuum, a nie jako kategorię dychotomiczną (zdrowie, prawidłowe funkcjonowanie *vs.* choroba, patologia). Jednocześnie stopień organizacji systemu wyznacza także poziom zdrowia jednostki. Kontinualne podejście do procesu zaburzeń ma znaczenie także dla diagnozy w resocjalizacji, pozwalając określić jednocześnie poziom zaburzeń (diagnoza stanu i jednocześnie diagnoza konsekwencyjna — znaczenia) oraz ich fazę (diagnoza fazy). Ponadto autor zakłada, że ocena poziomu zdrowia (podejście pozytywne) jest możliwa, biorąc pod uwagę łącznie dwa kryteria i jednocześnie perspektywy oceny różnych właściwości jednostki (i pośrednio świata, w którym jednostka żyje):

- a) obiektywną, dokonywaną z perspektywy obserwatora (diagnosty);
- b) subiektywną, dokonywaną z perspektywy aktora (jednostki).

Bardzo istotne w tej koncepcji są zwrócenie uwagi na czynniki zdrowia (chroniące) i próba ich określenia. Jest to usiłowanie znalezienia odpowiedzi na pytania o to, co powoduje występowanie określonych zachowań, co jest czynnikiem rozwoju jednostki i, jednocześnie, co warunkuje powrót do zdrowia (dynamicznej równowagi systemu).

Wśród najbardziej znaczących czynników Antonowsky wyróżnia:

- a) uogólnione zasoby odpornościowe (*Generalised Resistance Resources* — GRR), które można kojarzyć z zasobami opisywanymi w koncepcji *resilience*;
- b) stresory, które mogą mieć różny charakter;
- c) poczucie koherencji (*Sense Of Coherence* — SOC), zasadnicze dla tej koncepcji;
- d) sposób zachowania, czyli styl życia jednostki.

Czynniki te są wzajemnie powiązane, stanowią zespół dynamicznie działających i wchodzących z sobą w interakcje czynników zdrowia (lub jego braku). Koncepcja salutogenezy zostanie omówiona bardziej szczegółowo w następnych rozdziałach, zatem tu skoncentruję się jedynie na jej teoretycznym znaczeniu dla konstruowania modelu diagnozy pozytywnej, stosowanej w procesie resocjalizacji pozytywnej, której egzemplifikacją może być np. koncepcja resocjalizacji twórczej Marka Kopczyńskiego (1996, 2006).

Sam autor zakłada komplementarność modelu patogenetycznego i salutogenetycznego, dlatego należy rozwijać oba podejścia, gdyż po prostu modele te wzajemnie się uzupełniają. Jeśli zatem chcemy wyjaśnić przyczyny załamania się zdrowia i rozwoju, koncentrujemy się na czynnikach podatności, stresorach i patogenach, czynnikach zewnętrznych predysponujących jednostkę do zachorowania i wyzwalających stany patologiczne, czyli ogólnie staramy się wyjaśnić patomechanizmy zaburzeń. Natomiast jeśli chcemy wyjaśnić zachowanie zdrowia i prawidłowy rozwój, skupiamy się na czynnikach sprzyjających zachowaniu zdrowia, chroniących przed zaburzeniami i uruchamiających dynamiczne procesy służące prawidłowemu funkcjonowaniu, czyli poszukujemy zasobów odpornościowych jednostki i środowiska jej życia na wszystkich poziomach: biologicznym, psychologicznym i społeczno-kulturowym, określając jednocześnie, najbardziej istotne dla zdrowia i prawidłowego rozwoju psychospołecznego, poczucie koherencji (poczucie sensowności, zrozumiałości i zaradności).

Podstawowym jednak problemem — jak się wydaje — jest proces integrowania wspólnego modelu myślenia o wyznacznikach dobrostanu, czyli uzyskiwania przez człowieka właściwej równowagi wewnętrznej i zewnętrznej (integrowanie mechanizmów salutogenezy i patogenezy zachowań). Problemem tym bardziej istotnym, że zdrowie i prawidłowy rozwój jednostki przedstawiony jest jako kontinuum, w którego przebiegu — poza jasno i wyraźnie opisanymi biegunami krańcowymi (deficyty — zasoby) — jest wiele stanów pośrednich, które mogą być wyznaczone przez układ różnych czynników.

W zasadzie jednym z rozwiązań może być — jak twierdzi Helena Sęk (2012: 52–53) — dodanie do modelu salutogenezy elementów analizy właściwych modelowi: podatność — stres. Oznacza to, że należy do-

konywać analizy czynników stresogennych w kontekście podatności (czynniki ryzyka, model negatywny, patogeneza) *vs.* odporności (czynniki chroniące, np. *resilience*, model pozytywny, salutogeneza). W takim ujęciu rozwój człowieka jawi się jednocześnie w kategoriach patogenetycznych i salutogenetycznych (komplementarnie). Jest to niewątpliwie możliwe na poziomie diagnozy zdrowia — choroby, jednakże zawsze pozostaje kwestia działania wspierającego zdrowie człowieka, które powinno — także z perspektywy psychologicznej i prakseologicznej — odnosić się głównie do ujawniania i uaktywniania potencjałów jednostki (zasobów), kompensujących automatycznie występujące deficyty. Zaburzone zachowania przestają być funkcjonalne w momentach odkrywania potencjałów, pozwalających jednostce zaspokajać swoje potrzeby w sposób zgodny z wymaganiami otoczenia, a jednocześnie satysfakcjonujący jednostkę.

W takim ujęciu włączają się tu w myślenie o prawidłowym rozwoju jednostki:

- a) kategoria i zjawisko radzenia sobie (konstruktywnego *vs.* destrukcyjnego),
- b) rozpoznawanie stylów radzenia sobie, oraz
- c) wspieranie kształtowania się stylów konstruktywnego pokonywania problemów.

W modelu radzenia sobie z problemami (wywołanym przez nie stresem) do najważniejszych czynników należą: **wydarzenia życiowe** (negatywne, np. stresory, deficyty; pozytywne, np. sukcesy); **sposób ich oceny** (jako wyzwanie *vs.* zagrożenie, np. nastawienia, przekonania o sobie, innych ludziach, relacjach z innymi ludźmi, ze światem); **typ osobowości** (podatnej lub odpornej na zagrożenia; np. *resilience*, optymizm — pesymizm, poczucie koherencji); **nawykowy sposób reagowania na sytuacje trudne** (strategie radzenia sobie, konstruktywne, adaptacyjne, destrukcyjne, dezadaptacyjne; styl życia — prozdrowotny, antyzdrowotny); **zasoby środowiska** (fizycznego, materialnego, społeczno-kulturowego, bogatego lub ubogiego w źródła wsparcia — silne lub słabe więzi, posiadanie lub brak wsparcia).

Czynniki te współdziałają z sobą w układzie zarówno ich kategorii (określone rodzaje zasobów), jak i ich jakości (pozytywne, negatywne), mając specyficzne znaczenie w sytuacjach trudnych, naturalnie wystę-

pujących w życiu każdego człowieka (problemów rozwojowych, wydarzeń życiowych, deficytowych warunków rozwoju).

W procesie diagnozy mogą one być rozpoznawane niemalże jednocześnie, dlatego możliwe jest tworzenie indywidualnego modelu czynników rozwoju oraz identyfikacji tendencji salutogenetycznych i patogenetycznych. Sposób projektowania postdiagnostycznego i działania resocjalizacyjnego zależy już głównie od przyjętej perspektywy teoretycznej. Zawsze jednak musimy mieć na uwadze, że działania odnoszące się do potencjałów i zasobów (działania ergotropowe) są bardziej skuteczne z prakseologicznego i psychologicznego punktu widzenia, po pierwsze bowiem eliminują opór przed zmianą (eliminowanie deficytów jest trudniejsze do przyjęcia niż wzmacnianie potencjałów), a jednocześnie naturalnie likwidują funkcjonalność zaburzonych zachowań (negatywnych strategii radzenia sobie), które stają się po prostu niepotrzebne. Ponadto, nie bez znaczenia w podejściu pozytywnym jest powiązanie działania z relacją diagnostyczno-terapeutyczną, która łatwiej i skuteczniej się rozwija wówczas, gdy postrzegamy jednostkę w kategoriach pozytywnych i odnosimy się do jej potencjałów, wspierając proces jej autonomicznej przemiany (podmiotowość procesu zmiany właściwa dla podejścia pozytywnego, humanistycznego, personalistycznego).

1.2. Główne wyznaczniki i problemy procesu diagnozy w resocjalizacji

W humanistycznym ujęciu diagnozy zakłada się konieczność zarówno indywidualizowania ludzkiego bytu i jego biografii, jak i przynajmniej ostrożność w wyjściowym przyjmowaniu założeń o naturze zaburzeń w rozwoju jednostki. Jednakże poznanie nie może odbywać się bez wstępnego przyjęcia założeń teoretycznych, choć zarazem nieschematyzujących podmiotu i przedmiotu poznania. Każda bowiem schematyzacja powoduje naturalne ograniczenie obszaru poznania, utrudnia także zrozumienie istoty problemów doświadczanych przez diagnozowaną jednostkę. Musimy zatem przyjąć wyjściowe założenie o relatywnym obowiązywaniu różnych koncepcji wyjaśniających mechanizmy funkcjonowania człowieka, ze względu na zmienne warunki jego życia, zarów-

no w ujęciu indywidualnym (biograficznym, zmiany indywidualne), jak i pokoleniowym (zmiany wspólne) czy też globalnym (zmiany społeczno-kulturowe). Z perspektywy metodologii poznania uzupełniającym założeniem, zwiększającym prawdopodobieństwo prawidłowej diagnozy, jest jego (poznania) relatywność, która wymaga przyjęcia dialogowej formy poznania i możliwości wielorakiego odczytywania (interpretacji) rzeczywistości.

Strukturę i zasady prowadzenia postępowania diagnostycznego wyznaczają zatem zawsze i wyjściowo podstawowe pytania decydujące o przyjętym jego modelu: *kto i dla kogo, po co i z jakiego punktu widzenia* dokonuje rozpoznania, czyli *kto i w jakim celu* poznaje, *czyje* dobro (jednostki *vs.* społeczeństwa) stanowi dominantę w projektowaniu działań oraz *w jaki sposób* postrzega się jednostkę mającą problemy przystosowawcze. Nie zawsze jednak proces poznania jednostki i środowiskowego kontekstu jej rozwoju jest strukturalizowany i porządkowany wedle świadomie przyjętych założeń, z których najważniejsze stanowi to o konieczności relatywizacji poznania i świadomego przyjęcia zasady ograniczoności zakresu/obszaru naszego poznania, wynikającej z przyjętych założeń teoretycznych. Niewątpliwie, jest to jeden z czynników nieefektywności obu, powiązanych z sobą procesów: poznania (diagnozy) i działania (resocjalizacji).

Trzeba także mieć świadomość, że diagnoza prowadzona do celów resocjalizacji jest szczególnie trudna ze względu na społeczną ocenę (naznaczanie) zjawisk zagrażających dobru społecznemu, a także indywidualne nastawienie do procesu diagnozy jednostki niedostosowanej społecznie (przymus badania), co zwrótnie wpływa na dokonywane oceny i jakość pozyskiwanych informacji. Ową trudność intensyfikuje także dominujące dotąd podejście do obu procesów, które można — za psychologami pozytywnymi — określić jako resocjalizację negatywną, skoncentrowaną na deficytach zarówno w procesie diagnozy, jak i w projektowaniu postdiagnostycznym, determinującym podejście „korektywne” do zmiany, w którym głównie eliminujemy deficyty, nie interesując się (lub tylko marginalnie) zasobami czy potencjałami jednostki. W odniesieniu do jednostek wadliwie przystosowanych ma to szczególne znaczenie, charakter bowiem ich zaburzeń w sposób niejako naturalny — ze względu na funkcjonujące w przestrzeni społeczno-kulturowej „etykiety” (proces

naznaczania) i zwykle zachowaną zdolność intelektualną wyznaczającą indywidualną świadomość ich występowania i sposobu społecznej oceny – powoduje w podmiocie poznawanym poczucie przymusu badania i powstanie przekonania o dokonywaniu negatywnej oceny jej sytuacji życiowej i zachowania, co może ewokować wystąpienie i utrwalanie się postawy oporu, ostatecznie zaś skutkować zafałszowaniem – celowym lub nieświadomym – pozyskiwanych informacji (zmienna aprobaty społecznej, decyzyjność diagnozy włączająca lęk przed jej konkretnymi rezultatami).

Charakter i zarazem jakość nastawień społecznych (negatywnych) wobec jednostki nieprzystosowanej społecznie powoduje, że działanie diagnosty przebiega w warunkach trudnych psychologicznie, niełatwo jest bowiem diagnoście zdystansować się od funkcjonujących w społeczeństwie stereotypów i schematów wyznaczających negatywne nastawienia wobec przedmiotu (zjawiska niedostosowania społecznego) i tym samym podmiotu badania (osoby niedostosowanej społecznie). Jednostka niedostosowana społecznie natomiast nie ma wewnętrznej motywacji do ujawniania – zwykle negatywnych – aspektów jej sytuacji życiowej i cech osobowości lub zachowania, obawiając się negatywnych dla niej skutków dokonywanego rozpoznania (diagnozy negatywnej).

Nawet to bardzo wybiórcze zasygnalizowanie problemów diagnozy na potrzeby resocjalizacji wskazuje, iż proces ten wymaga szczególnej autorefleksyjności diagnosty i szczególnej jego wrażliwości na problemy społeczne i jednostkowe oraz posiadania specyficznych kompetencji. Deficyty w tym zakresie wiążą się z możliwością wystąpienia swoistych zakłóceń w procesie diagnostycznym, które przekładają się bezpośrednio na rezultat diagnozy, czyli prawidłowość dokonanego rozpoznania. Problemy te powodują także konieczność zmiany perspektywy badania, która powinna bardziej koncentrować się na zasobach indywidualnych i środowiskowych jednostki niedostosowanej społecznie lub przynajmniej równoważyć obie perspektywy widzenia, czyli integrować diagnozę negatywną (deficytów) i pozytywną (zasobów). Wyznacza to konieczność tworzenia komplementarnych modeli diagnozy, z uwypukleniem znaczenia salutogenezy, czyli diagnozy pozytywnej.

Można zatem skonstatować wstępnie, iż zawsze w procesie diagnozy tzw. zjawisk trudnych, do których należy niewątpliwie nieprzysto-

sowanie społeczne, na jej efekt składają się czynniki związane zarówno z *samym procesem diagnozy* (założenia teoretyczno-metodologiczne, sposób badania), jak i z *procesem prediagnostycznym* (kontakt diagnostyczny, osobowość badanego i diagnosty, nastawienia obu podmiotów względem siebie i nastawienia do procesu poznania), na co wskazywałam już wcześniej (W y s o c k a 2013 a, b).

Jak sygnalizowałam wstępnie, diagnoza resocjalizacyjna jest jedną z najtrudniejszych w obszarze diagnozy pedagogicznej, co wiąże się ze złożonością jej przedmiotu (zjawisko nieprzystosowania i niedostosowania społecznego), determinuje zaś konieczność przyjęcia modelu interdyscyplinarnego w jego ocenie, a więc wymaga jednoczesnego zaangażowania w proces diagnozy interdyscyplinarnego zespołu refleksyjnych specjalistów.

Najważniejszym jednak problemem diagnostycznym (choć oczywistym) jest kwestia przyjęcia określonych założeń teoretycznych dotyczących zjawiska niedostosowania społecznego i ich zbieżność z modelem metodologicznym diagnozy, czyli bezpośredniego wynikania założeń metodologicznych z przyjętych teorii opisujących i wyjaśniających poznawane zjawiska (W y s o c k a 2007, 2013 a, b). W tej samej „konwencji teoretycznej” ulokowany musi być także proces działań postdiagnostycznych (metodyka resocjalizacji).

Poświęcone temu zostaną następne rozdziały teoretyczne, pozwalając zrozumieć, a nie tylko „ocenić”, niedostosowanie społeczne i kompleksowo „poznać” jednostkę „zaburzoną” — doświadczane przez nią problemy, blokujące możliwość rozwoju posiadanych potencjałów. Wiąże się to z niedocenianiem kwestii funkcjonalności zachowań dezadaptacyjnych, a także nierespektowaniem zasady „działania z odwołaniem się do potencjałów i zasobów jednostki”. Koncentracja na zasobach i zrozumienie funkcjonalności zaburzeń, a także odkrycie własnych potencjałów przez jednostkę powoduje, że zachowania dezadaptacyjne stają się niepotrzebne, zbędne, stanowią one bowiem dostępną dla niej formę radzenia sobie z trudnościami rozwojowymi (zaburzone zachowania są funkcjonalne z perspektywy zaspokajania naturalnych i niezbywalnych potrzeb jednostki).

Dlatego też konieczne staje się przyjęcie założenia — nie tylko o kompleksowości podejścia do diagnozy (diagnoza pozytywna i negatywna),

ale także priorytetowym znaczeniu podejścia pozytywnego do jednostki niedostosowanej społecznie (dominacja diagnozy pozytywnej i powiązanego z nią działania resocjalizacyjnego opartego na potencjałach i zasobach).

1.3. Psychologia pozytywna a resocjalizacja (aspekty diagnozy zaburzeń)

Dzisiaj już nikt nie kwestionuje podmiotowości człowieka, co powoduje, iż czynimy go „osobiście” odpowiedzialnym za to, kim się staje. Odnosząc się do teoretycznie i empirycznie uprawomocnionych refleksji naukowych, dotyczących podstawowych modeli rozwoju, wychowania i przystosowania, można je sprowadzić do trzech nurtów, które wykształciły się chronologicznie w historii myśli o człowieku i jego „stawianiu się”:

a) **modelu rozwoju**, gdzie człowieka traktuje się jako dzieło natury, która nie może być „zła” (np. Jean J. Rousseau);

b) **modelu socjalizacji**, gdzie człowiek jest traktowany jako „dzieło” społeczeństwa, w którym „zło” istnieje (np. Émile Durkheim);

c) **modelu personalizacji**, gdzie człowiek stanowi „dzieło samego siebie”, stając się jednostką zdolną do pokonania „zła” własnego i „zła” świata (personalizm, np. Jan H. Pestalozzi).

Nietrudno zauważyć, że przedstawiciele tych nurtów proponują różne wizje człowieka, uwzględniając, lub nie, kryterium jego podmiotowości w kreowaniu samego siebie: w modelu personalizacji wizja ta jest niewątpliwie najbardziej pozytywna, gdyż wynika z założenia o pełnej podmiotowości, autonomiczności i sprawczości człowieka w tworzeniu siebie. W pozostałych modelach rozwoju i socjalizacji zakłada się w sposób naturalny ludzki determinizm; pierwszy model odnosi się do zdeterminowania biologicznego (rozwój), drugi zaś do społecznego (socjalizacja i wychowanie). Nakłada się na to sposób myślenia o praktyce działania resocjalizacyjnego, w którym wciąż odwołujemy się do pozytywistycznego modelu działania, wymagającego koncentracji bądź na zewnętrznych (socjalizacja, wychowanie), bądź też na wewnętrznych (rozwój) determinantach ludzkiego zła: biologicznych, psychospołecznych, kulturowych. Pomimo zaś teoretycznego umocowania idei pozytywne-

go, humanistycznego i personalistycznego podejścia do człowieka, wciąż w znacznie mniejszym stopniu interesują nas potencjały ludzkiej natury i pozytywne wyznaczniki ludzkiej egzystencji, choć te stanowią z jednej strony swoiste i naturalne bariery ochronne przed „złem”, z drugiej zaś czynią jednostkę odpowiedzialną za siebie, wynikają bowiem z założenia, że to, kim człowiek się stanie, zależy ostatecznie od jego względnie autonomicznego wyboru (człowiek traktowany jako byt świadomy i autonomiczny), co kształtuje w nim poczucie sprawstwa i kontroli, a więc przekonanie o możliwości wewnętrznej przemiany.

Wskazuje się, głównie w psychologii pozytywnej, że efektem owego nastawienia na rozwój „negatywnych nauk społecznych”, skoncentrowanych na negatywnych aspektach autokreacji (barierach stawania się człowiekiem), jest wytworzenie i ukonstytuowanie „negatywnej wizji człowieka i świata jego życia”. Rządzi tym zasada organizująca myślenie o ludzkiej kondycji, możliwościach autokreacji i jej wyznacznikach, mająca za podstawę założenie o deficytowości zarówno człowieka, jak i świata jego życia: **deficytowy człowiek żyjący w deficytowym świecie**. Z pewnością „niechcianą” i niezakładaną konsekwencją takiej orientacji w rozwoju nauk społecznych stała się (i wciąż staje) paradoksalna i obserwowana coraz powszechniej bezradność ludzi wobec „zdeteterminowanego” czymś poza nimi procesu stawania się” i w efekcie nieskuteczność resocjalizacji, która nie opiera się na zasadzie „wewnętrznej przemiany” i nie wyzwala motywacji ani przekonania o konieczności jej dokonania. Wewnętrznej przemiany może dokonać jedynie człowiek – jednostka przeświadczona o jej zasadności, konieczności i prawomocności, co dodatkowo stanowi czynnik motywujący do działania, a ponadto wykorzystująca własne (zwykle jednak nieodkryte) potencjały.

Jako swoisty paradoks owej dominującej w naukach społecznych koncentracji na negatywnych aspektach ludzkiej egzystencji – psychologowie pozytywni wskazują wystąpienie wielu negatywnych zjawisk w sferze duchowości i związanego z nią poczucia jakości życia we współczesnym świecie materialnego bogactwa. Oznacza to jednocześnie, że owa jakość życia nie wynika z dobrobytu materialnego. Ten bowiem jest kruchy i niewystarczający dla kreowania sensu własnego życia, w świecie współczesnym zaś został podniesiony do rangi wartości nadrzędnej i mającej coraz częściej charakter ponadfunkcjonalny (B a u m a n 2009;

Fromm 2005, 2014), stanowiąc zawodny i niewystarczający wyznacznik poczucia sensu ludzkiej egzystencji (konsumpcjonizm).

Odwołując się do refleksji Davida G. Myersa, możemy wskazać owe paradoksalne skutki zainteresowania negatywnymi przejawami życia. Autor konstatuje bowiem: „mamy mniej szczęścia, więcej depresji, więcej kruchych, nietrwałych związków, mniej porozumienia we wspólnocie, mniej bezpieczeństwa zawodowego, więcej przestępczości i więcej zdemoralizowanych dzieci” (Myers 2000: XI). Ponadto, co istotne, nauka staje się wobec tych zjawisk coraz bardziej bezradna, choć buduje wiedzę o nich, ale właśnie i jedynie w aspektach negatywnych, bez odwoływania się do potencjałów ludzkich (np. ludzkiej duchowości). Myers diagnozuje co prawda społeczeństwo amerykańskie, jednak sądzę, że dotyczy to całego bogatego materialnie „Świata Zachodu” (i dążących do tych samych celów krajów aspirujących do bogactwa), który opiera swoje istnienie na kulcie jednostki, pozbawiając człowieka wsparcia we wspólnocie (brak źródła wsparcia pochodzącego z funkcjonowania w sieci społecznych powiązań) i możliwości poszukiwania odniesień dla kreowania sensu własnego życia w tzw. ideach wyższych, czyli w ludzkiej duchowości silnie skorelowanej z potencjałem ludzkim, tkwiącym w naturze człowieka.

Podobnie także diagnozują współczesność filozofowie, wskazując na to, że żyjemy w epoce nieszczęścia generowanego przez bezradność zarówno wychowywanych, socjalizowanych, jak i wychowujących, socjalizujących. Kontrowersyjny dla wielu w stawianych przez siebie tezach Bertrand Russell mówi o wszechogarniających człowieka wątpliwościach, stanowiących źródło poczucia niepewności i lęków, które wynikają stąd, że nikt we współczesnym świecie nie wie niczego na pewno, a różne kryzysy lub konflikty w życiu człowieka i społeczeństwa nasilają się coraz bardziej, miast ustępować zgodnie z logiką ludzkiego rozwoju, wynikającą z założenia o pozytywnie ukierunkowanej ewolucji. Nieco ironizując, Russell dokonuje analizy rozwoju ludzkości i historii świata, wyodrębniając cztery epoki, określane przez poziom ludzkiej świadomości: 1) „kiedy wszyscy myśleli, że wszystko wiedzą”, 2) „kiedy wszyscy myśleli, że nic nie wiedzą”, 3) „kiedy mądrzy ludzie myśleli, że dużo wiedzą, a głupi, że wiedzą mało”, oraz kiedy 4) „głupcy myśleli, że wiedzą dużo, a mądrzy, że wiedzą mało” (Russell 2000: 110). Stan

ludzkiej świadomości określają: bezrefleksyjna wszechwiedza wszystkich (epoka stabilizacji), powszechna niewiedza (epoka niepewności i nihilizmu), wiedza i świadomość niektórych, tzw. mądrych i oświeconych (epoka oświecenia), refleksyjna niepewność mądrych i bezrefleksyjna pewność głupich (współczesność).

Wszechwiedza wynikająca z bezrefleksyjności jest właściwa wszystkim epokom pierwotnym, w których nikt nie kwestionował wiary plemiennej, nadanej przez praocjów i pradawne obyczaje wspomagane magią, dlatego też nikt nie miał wątpliwości, będących — zdaniem Russella — wyznacznikiem nieszczęścia. Epoka kolejna, określana przez powszechną niewiedzę i wątpliwości nią generowane (niepewność), przypisana została schyłkowej starożytności, w której „rodzi się” nihilizm, pokonany dopiero w Oświeceniu. Oświecenie, wyznaczone przez postęp, sprzyjało natomiast podziałowi ludzi na tych, którzy wiedzą (szczęśliwych i odnoszących sukcesy), i tych, którzy nie wiedzą (nieszczęśliwych i skazanych na porażki). Współczesność zaś to epoka „paradoksu”, w której mądrzy ludzie nie wiedzą nic na pewno, ludziom głupim zaś wydaje się, że wiedzą wszystko, co powoduje, że światem rządzą głupcy, bo mądrzy czują się bezradni ze względu na wszechogarniające ich wątpliwości. Jak twierdzi Russell: „Jedynymi ludźmi ufającymi własnym poglądom są ci, którzy są za głupi, by wiedzieć, że ich przekonania są absurdalne. Dlatego światem rządzą głupcy, a we władzach państwowych inteligentni się nie liczą. [...] Sceptycyzm ludzi inteligentnych jest przyczyną ich niemocy, a wynika z ich lenistwa. [...] Inteligencja musi wyzbyć się sceptycyzmu, lub przyjąć część odpowiedzialności za zło, którym gardzi” (Russell 2000: 111). Filozofia zatem także nie daje człowiekowi żadnych wskazówek, „jak żyć sensownie”. Nie radzi sobie także z tym psychologią, w ramach której nie wypracowano sposobu rozwiązania ludzkich problemów egzystencjalnych. W rezultacie też pedagogika, jako czerpiąca z ich „zasobów ideologicznych”, nie ma „pomysłu” na konstruktywną wizję (ideał) człowieka, którego chciałaby wychować, tym samym nie ma szans wypracować sposobu (metod) dokonania tego, co nie zostało określone (Szczepański 1995).

Ewokowana przez ten stan myśli o człowieku i jego rozwoju bezradność nauk społecznych i humanistycznych jest źródłem nieskuteczności działań wspomagających autokreację. Russell twierdzi, że bezradność

ta jest rezultatem poczucia niepewności i zarazem względności wszystkich wizji świata i człowieka. Jeśli bowiem nie wiemy *co*, czyli nie mamy pozytywnych wizji człowieka i jego egzystencji, nie warto *niczego* robić, stąd brak jest motywacji do zmiany (i dalej brak skuteczności w działaniach służących zmianie). Kontynuując tok tego rozumowania: *jeśli nie warto niczego robić, ma się wymówkę, by siedzieć beczynn timer*, co bezpośrednio uruchamia system racjonalizacji uzasadniających konieczność zachowania *status quo* (R u s s e l l 2000: 111).

Twórcy psychologii pozytywnej (np. M y e r s 2004; S e l i g m a n 2004; C a r r 2009) wskazują na to, że „psychologia negatywna” oraz inne „negatywne” nauki społeczne opisują i wyjaśniają rzeczywistość z uwzględnieniem jedynie „ciemnej strony życia człowieka”. Powoduje to koncentrowanie się działań na usuwaniu stanów rozwojowo niepożądanych (negatywnych). Działanie społeczne organizuje się wówczas jedynie z uwzględnieniem zasady ograniczania lub usuwania stanów niepożądanych (negatywnych). Znajduje to odzwierciedlenie w „idei eliminacji”, co – wykorzystując terminologię Czesława C z a p o w a (1980) – odnosi się do działań semiotropowych i częściowo etiotropowych (przyczyny zaburzeń), w psychologii pozytywnej postuluje natomiast realizację „idei kreacji” lub „idei transgresji” (K o z i e l e c k i 1987, 1997, 2007). Biegunowo zmienia się zatem przedmiot zainteresowań nauk o człowieku, gdyż ich celem jest opis, pomiar i wyjaśnianie struktury przyczynowej oraz sposobu kształtowania sił osobistych i cnót obywatelskich, czyli potencjałów człowieka (ich klasyfikacja, odnajdywanie źródeł i proces wspomagania autokreacji). W koncepcji wspomnianego Czapowa są to działania ergotropowe (uczynniające, kreatywne), ale też pośrednio i częściowo działania etiotropowe (mechanizmy zmian, mechanizmy kontroli). Zakłada się więc, że istnieje zbiór ludzkich mocnych stron (potencjałów, zasobów), pełniących funkcję ochronną przed zaburzeniami rozwojowymi i patologiami społecznymi (np. *resilience*). Wśród tych zasobów wyróżnia się naturalne właściwości i zdolności człowieka, takie jak: optymizm, nadzieja, odwaga, umiejętność współżycia z ludźmi, życzliwość i czułość, etyka postępowania i pracy, odpowiedzialność, wiara, nastawienie na przyszłość, uczciwość i wytrwałość, altruizm, prospołeczność, odpowiedzialność, empatia, tolerancja i wzajemne zaufanie. Większość z tych cech stanowi bezpośrednio lub pośrednio rezultat

empatii, rozumienia empatycznego i uczenia się (umiejętności) adekwatnego reagowania empatycznego w relacjach międzyludzkich.

Ostatnio zatem wiele publikacji odnosi się do zjawiska empatii (Davis 1980, 1983, 1999; Elias 1980; Hoffman 1990 a, b, 2003; Kaźmierczak, Płopa, Retowski 2007; Baron-Cohen 2014), traktowanego jak czynnik ludzkiego rozwoju dokonującego się „w zgodzie z sobą i ze światem”, czy też czynnika ochrony przed złem. Simon Baron-Cohen (2014: 9–10) uznaje empatię za najważniejszy zasób naszego świata, jej brak zaś stanowi jego zdaniem przyczynę zła. Empatia jest fenomenem dwukomponentowym: afektywnym (zdolność do przeżywania tych samych emocji, jakie przeżywają inni ludzie) i poznawczym (zdolność do decentracji, a więc spojrzenia na sytuację z perspektywy drugiego człowieka — jego potrzeb i pragnień, warunkowana odpowiednim poziomem rozwoju poznawczego). Autor mówi o dwóch rodzajach czynników decydujących o ludzkim złu, warunkowanych brakiem empatii: pierwsze z nich stanowią mechanizmy mózgowo, tworzące tzw. obwód empatii², drugi typ mechanizmów odnosi się do doświadczeń wczesnodziecięcych, które są podstawą tworzenia bliskich związków z innymi ludźmi i obdarzania ich zaufaniem. Podstawowym warunkiem pojawienia się empatii jest prawidłowe funkcjonowanie *mózgowego obwodu empatii*, ale jest to warunek niewystarczający — zdaniem Barona-Cohana — musi być bowiem spełniony także drugi warunek, czyli posiadanie — metaforycznie nazwanego — „wewnętrznego garnca złota”, który jest rezultatem zebranych specyficznych doświadczeń emocjonalnych w okresie wczesnego dzieciństwa. Wskutek deficytów empatii poznawczej, emocjonalnej oraz w efekcie braku wykształconych zasad moralnych pojawiają się różne zaburzenia w psychospołecznym funkcjonowaniu jednostki.

Koncepcja ta, pomimo wskazania także biologicznych determinant empatii (determinizm), ma wydźwięk optymistyczny, gdyż autor wierzy

² Mózgowy obwód empatii obejmuje następujące struktury: przednią część wyspy, ciało migdałowe, część ogonową przedniego zakrętu obręczy, grzbietowo-brzuszną część przyśrodkowej kory przedczołowej, wieczko czołowe, zakręt czołowy dolny, płacik ciemieniowy dolny, bruzdę ciemieniową dolną, środkową część zakrętu obręczy, korę oczodołowo-czołową, tylną część bruzdy skroniowej, prawe skrzyżowanie skroniowo-ciemieniowe, korę czuciowo-somatyczną.

i dowodzi, że świat można uczynić lepszym, jeśli zwiększy się poziom empatii, co jest możliwe. Pozytywny wydźwięk tej koncepcji widoczny jest także w innej perspektywie – naszego myślenia o przestępstwach, wykroczeniach czy zachowaniach nieakceptowanych społecznie. Jeśli to mózg jest odpowiedzialny za ludzką zdolność różnicowania dobra i zła, warunkowaną poziomem empatii, dlaczego mamy karać ludzi za coś, co leży poza ich kontrolą. Może to zmienić nastawienia repulsywne wobec osób społecznie nieprzystosowanych, jednocześnie jednak nakłada na nas obowiązek poszukiwania rozwiązań, czyli „korekcyj” tych mechanizmów, które poza wolą i kontrolą człowieka prowadzą go do zła.

Pedagogika resocjalizacyjna, mimo że współcześnie postuluje się przynajmniej w teorii odmienną orientację (humanistyczną, podmiotową), wciąż – głównie w praktyce działań resocjalizujących – ulokowana jest w nurcie nauk negatywnych, swój przedmiot bowiem sprowadza do negatywnych zjawisk dotyczących człowieka (dysfunkcje rozwojowe) i wyznaczających jakość jego życia (deficytowe warunki rozwoju): *zło człowieka i świata, w którym człowiek żyje* (zjawiska patologiczne). Potwierdza to dominacja pozytywistycznego nurtu w resocjalizacji, którego przedstawiciele koncentrują się głównie na negatywnych aspektach życia jednostki. Ponadto nietrudno zauważyć, że cechuje to podejście „ciasny determinizm”, choć niewątpliwie o różnym ukierunkowaniu, eksponujący:

a) psychopatologię jednostki – gdzie w nurcie indywidualistycznym akcentuje się zmienne jednostkowe i wskazuje wewnętrzne źródło zła, konstruując paradygmat „typów ludzi” z natury złych, determinowanych biopsychicznie (tzw. czynniki dyspozycyjne, wewnętrzne źródło zła);

b) patologię społeczną (środowiskową) – gdzie akcentuje się zmienne społeczne (środowiskowe), analizowane w nurcie socjologicznym, wskazując zewnętrzne źródło zła i konstruując paradygmat „rodzajów środowiska” determinujących ludzkie zło (B ł a c h u t, G a b e r l e, K r a - j e w s k i 1999: 46, za: B i e l 2010: 142).

W żadnej z tych orientacji nie traktuje się jednostki mającej problemy rozwojowe jako podmiotu mogącego wybierać i decydować o własnej autokreacji, ani także podmiotu wyposażonego w różne potencjały, które w zmianie rozwojowej można wykorzystywać.

Wyodrębniając owe dwa nurty w myśleniu o człowieku (koncepcje człowieka), o jego rozwoju (koncepcje rozwoju) i o zaburzeniach w jego

rozwoju (konceptje zaburzeń rozwojowych), można odnieść się do dwóch modeli resocjalizacji, wpisujących się w owe nadrzędne koncepcje: **modelu ryzyka** charakterystycznego dla nurtu pozytywistycznego, deterministycznego (psychologia i resocjalizacja negatywna) oraz **modelu dobrego życia** charakterystycznego dla nurtu humanistycznego, personalistycznego (psychologia i resocjalizacja pozytywna). Ideę resocjalizacji pozytywnej rozwija też w ostatnich latach Krystyna Ostrowska (2008, 2010).

1.4. Modele resocjalizacji w kontekście diagnozy źródeł i pokonywania „ludzkiego zła”

Założenia pozytywistycznego nurtu w resocjalizacji odnoszą się do poszukiwania źródeł ludzkiego zła (niedostosowania społecznego, przestępczości) w czynnikach biologicznych (nurt indywidualistyczny) lub społecznych (nurt społeczny). Wiąże się to z koncentracją na jednostce w aspekcie negatywnym i w ujęciu odzwierciedlającym „ciasny determinizm”, powodując w działaniu resocjalizującym koncentrowanie się na eliminowaniu czynników ryzyka (Stądowska-Kawicka 2010: 109; por. Biel 2010: 133–160).

Współcześnie — przynajmniej teoretycznie — powstają także koncepcje ulokowane w paradygmacie personalistycznym, co wynika z coraz powszechniej wskazywanych niedostatków paradygmatu pozytywistycznego, skutkujących brakiem efektywności oddziaływań resocjalizacyjnych (np. Konopczyński 1996, 2006, 2013). Refleksja pedagogów resocjalizacyjnych idzie zatem w kierunku analizy takich fenomenów, jak: optymalny rozwój dojrzałości emocjonalnej, indywidualne poznanie (samowiedza, samopoznanie), dojrzała osobowość, postawy prospołeczne, zdrowie i sprawność fizyczna, co prowadzić ma do pełnej integracji fizycznej, psychicznej i społecznej jednostki oraz zdobycia mądrości (życiowej) pozwalającej różnicować dobro od zła i „opierać się złu” (Sobczak 2007: 233). Używa się też metaforycznego pojęcia „doczłowieczanie”, oznaczającego optymalną homeostazę społeczną, uwzględniającą twórczą samorealizację, czyli świadome i odpowiedzialne kreowanie własnej tożsamości (Szwałbski 2007: 385).

Prowadzi to już niemal wprost do personalistycznego ujęcia oraz stanowienia celów resocjalizacji.

Nurt ten inicjuje wiele propozycji rozwiązań modelowych, ale najtrafniejsza wydaje się idea transgresjonizmu (Kozielecki 1987, 1997, 2007), którą można wykorzystać do określenia celów resocjalizacji, a jednocześnie do określenia kryteriów diagnozy pozytywnej. Jeśli odniesiemy się do tej koncepcji, celem resocjalizacji staje się transgresja osobista i publiczna (społeczna), powiązana bezpośrednio z wewnętrznym motywowaną zmianą, ukierunkowaną na osobisty, wszechstronny rozwój osobowości i dokonywanie przemian w tożsamości w kierunku niedewiantywnym. Daje to jednostce podstawę do poczucia satysfakcji i zadowolenia z własnej osoby i z własnego życia (Jaworska 2008: 93–94; 2010: 78–91), skutkując pozytywną, ale uzasadnioną samoocena³. Jednak by taka kreacja i jej pozytywne emocjonalne konsekwencje były możliwe, w działaniach diagnostycznych musimy koncentrować się na odkrywaniu potencjałów i zasobów zarówno jednostki, jak i środowiska jej życia, co zmienia dotychczasowy status, zakres i ukierunkowanie procesu diagnozy (w kierunku pozytywnym).

Bez wątpienia, przynajmniej w teorii, cele resocjalizacji współcześnie inaczej są określane. Po pierwsze, znacznie rozszerza się ich zakres, ale po wtóre — także ich uporządkowanie (strukturalizacja i hierarchizacja). Funkcje procesu resocjalizacji jako pochodna, a w zasadzie wyznacznik, celów resocjalizacji lokowane są już nie tylko „na zewnątrz” (ochrona społeczeństwa przed potencjalnymi zagrożeniami ze strony osób niedostosowanych społecznie i przestępczych), ale także „wewnątrz” niedostosowanej jednostki (dobro i ochrona interesów rozwojowych jednostki, która dokonując transgresji osobistej i publicznej, sama na tym korzysta). Zmienia się niejako ukierunkowanie myślenia o podstawowym mechanizmie zmian — to człowiek dokonując trudu wewnętrznej przemiany, z wykorzystaniem własnych potencjałów, staje się jednocześnie „moto-

³ Psychologia humanistyczna wiązana jest często z ruchem na rzecz pozytywnej samooceny (powstałym w latach 60. ubiegłego wieku w Kalifornii). Problem w podejściu do samooceny w tymże ruchu stanowił fakt, że nie była ona wiązana z realistycznymi jej przesłankami, stąd jej nieadekwatność, która mogła prowadzić, i nierzadko prowadziła, do różnych frustracji stanowiących efekt nieradzenia sobie w sytuacjach niepowodzeń (ze względu na brak odporności na porażki).

rem” pozytywnych zmian w świecie zewnętrznym, co pośrednio służy jego ochronie. Uruchamiając zasoby jednostki, nie musimy już tak silnie koncentrować się na jej deficytach, które mogą społeczeństwu zagrażać (funkcjonalne dla jednostki zachowania dewiacyjne tracą swą funkcjonalność, stają się niejako zbędne, niepotrzebne).

Nie jest to jednak jedyna perspektywa analizy zachowań dewiacyjnych, a więc pozanormatywnych oraz realnie szkodliwych społecznie i potencjalnie blokujących indywidualny rozwój. Na kwestię społecznych funkcji dewiacji można spojrzeć także z innej perspektywy teoretycznej, stawiając pytanie o mechanizmy rozwoju świata, czyli funkcję rozwojową dewiacji (*czy świat rozwija się dzięki dewiantom?*). Odnosząc się do dwu klasycznych koncepcji dewiacji Roberta Kinga Mertona i Émile’a Durkheima, alternatywnie ujmujących funkcje i źródła ludzkiego zła, można przyjąć, że dewianci pełnią pozytywną funkcję społeczną: informują opinię społeczną o istniejących problemach, które trzeba rozwiązać, mobilizując siły społeczne, by zmienić (zoptymalizować) rzeczywistość społeczną. Odmienne jednak stanowi się na ich gruncie cele resocjalizacji, czyli zakres, charakter i ukierunkowanie zmian, jakie mają lub muszą się dokonać.

Merton (1982) wskazuje potrzebę i konieczność **dekonstrukcji złego świata**, który zagraża jednostce, nie pozwalając jej się samorealizować. To świat jest źródłem ludzkiego zła, wytwarzając mechanizmy nierówności w dostępie do określonych zasobów, stanowiących o możliwości zaspokajania naturalnych i niezbywalnych potrzeb jednostki, w sposób zgodny ze społecznie wyznaczonymi i oczekiwanymi standardami zachowania. Dlatego zmiana musi odnosić się do sposobu zorganizowania świata marginalizującego jednostkę nieuprzywilejowaną społecznie, która nie może rozwijać się zgodnie z własnymi potencjałami. Koncepcję tę można ulokować w nurcie pozytywistycznym, społecznym.

Durkheim (za: Siemaszko 1993) widzi natomiast potrzebę i konieczność **restytucji mechanizmów kontroli** nad ludzkim złem, które zagraża światu (koncepcja *homo duplex* — człowiek z natury zły, który dobrym staje się dopiero na skutek oddziaływań wychowawczo-socjalizacyjnych). Działania realizujące tak postawiony cel społeczny wiążą się ze wzrostem integracji i wzmocnieniem solidarności społecznej, sta-

nowiących łącznie narzędzie wzmocnienia kontroli społecznej nad jednostką dewiantywną. Celem jest tu działanie ukierunkowane na zmianę dokonującą się w jednostce, tak by jej działania nie zagrażały światu. Rozwój świata traktowany jest tu jednocześnie jako pochodna solidarnych działań społecznych, eliminujących zło świata, którego źródłem jest dewiant. Koncepcję tę można ulokować w nurcie pozytywistycznym, indywidualistycznym.

Obie koncepcje mogą stanowić zatem potencjalną podstawę różnych rozwiązań modelowych w zakresie resocjalizacji, inaczej porządkując zarówno proces diagnozy, jak i proces wynikającego z jej rezultatów działania. Koncepcja Mertona pozwala analizować resocjalizację w ujęciu właściwym dla modelu dobrego życia (*Good Lives Model* – GLM), choć przesłanki są tu jedynie pośrednie (jednostka posiada zasoby, których ujawnianie się bywa ograniczane przez kształt świata, więc trzeba stworzyć warunki, w których potencjały jednostki będą mogły się ujawnić i rozwijać). Koncepcja Durkheima stanowi bazę uprawomocniającą rozwiązania właściwe dla modelu ryzyka (*Risk-Need-Responsibility Model* – RNR), koncentrując się na eliminacji deficytów jednostki, zagrażających rozwojowi świata. Przy czym trzeba mieć na uwadze, że model ryzyka (RNR) i model dobrego życia (GLM) stanowią dla jednych alternatywne, dla innych swoiste modele komplementarne (por. Andrews, Bonta 2003; Ward, Stewart 2003; Ward, Maruna 2007, za: Sztuka 2009; Biel 2010; Stańdo-Kawecka 2010; por. Farabee 2005; Cullen, Smith, Lowenkamp, Latessa 2009).

Przyjmuję założenie, które znajduje swą argumentację w dalszej części opracowania, że oba modele są wobec siebie komplementarne, podobnie zresztą jak skrótowo opisane koncepcje dewiacji, które wyjaśniają proces dewiacyjny w różnych, ale uzupełniających się perspektywach (można założyć, że odnoszą się do pierwotnych źródeł zła, ale w systemowym ujęciu zarówno jednostka, jak i otoczenie społeczne mogą mieć status zaburzonych i jednocześnie zaburzających, co oznacza, że dysfunkcje świata mogą stanowić źródło zaburzeń jednostki, ale zaburzona jednostka wtórnie stanowi źródło zaburzeń świata, w którym sama funkcjonuje).

Oba modele można też odnieść „pozytywnie” (model dobrego życia) i „negatywnie” (model ryzyka) do koncepcji *resilience* i koncepcji saluto-

genezy, generalnie zaś możliwe jest ich ulokowanie w nurcie poznawczym. Koncepcja *resilience* i koncepcja salutogenezy uzasadniają z kolei tezy psychologii pozytywnej i resocjalizacji pozytywnej.

Oczywiście są to tylko przykładowe odniesienia teoretyczne, ulokowane w nurcie socjologicznym, koncepcje psychologiczne zaś zostały w nie wkomponowane i stanowią przedmiot analiz w kolejnych rozdziałach tego opracowania.

1.4.1. Koncepcja *resilience* i koncepcja salutogenezy jako podstawa teoretyczna diagnozy pozytywnej w resocjalizacji

Koncepcja *resilience* łączy wiedzę z zakresu psychologii zdrowia, rozwojowej, społecznej oraz nauk biologicznych, stanowiąc podstawę wyjaśniania fenomenu prawidłowego funkcjonowania jednostki w warunkach, które pierwotnie mogą stanowić ryzyko zaburzeń. Można ją umiejscowić w nurcie salutogenetycznym, gdyż fenomen *resilience* określa procesy i mechanizmy sprzyjające prawidłowemu (pozytywnemu) funkcjonowaniu jednostki, pomimo występujących w jej biografii przeciwności losu, czynników ryzyka, czynników podatności i zaktualizowanych zagrożeń rozwojowych czy traumatycznych przeżyć. Jest to zjawisko dobrego przystosowania czy pozytywnej adaptacji, dokonującej się pomimo niesprzyjających warunków rozwojowych. Pionierami badań nad fenomenem *resilience* są Emma Werner (2000), Norman Garmezy (1985, 1991 a, b) i Michael Rutter (1987, 1999, 2000, 2003), a także Suniya S. Luthar, Dante Cicchetti, Bronwyn Becker (2000 a, b), w Polsce zaś fenomenem tym zajmują się m.in. Anna Borucka (2008; 2011), Krzysztof Ostaszewski (2008), Wioletta Junik (2011) i Ryszard Opóra (2009, 2011).

Dokonując próby zdefiniowania *resilience*, odnieść należy się do trzech grup zjawisk, obejmujących:

- a) prawidłowy rozwój jednostki mimo istniejącego podwyższonego poziomu ryzyka zaburzeń (zagrożenia rozwojowe);
- b) dobre funkcjonowanie psychospołeczne jednostki mimo przeżywania przez nią silnego stresu i doświadczania zdarzeń traumatycznych;

c) powrót do zdrowia po doświadczeniu traumatycznych wydarzeń, tzw. odbijanie się od dna (Borucka 2011: 12; por. Masten 2007; Masten, Powell 2003),

co wiąże się ogólnie z występowaniem podwyższonego poziomu ryzyka, bezpośrednio zagrażającego prawidłowemu rozwojowi psychofizycznemu jednostki, ale także z pozytywną adaptacją, stanowiącą odzwierciedlenie procesu pokonywania tych zagrożeń (Rutter 2000; Luthar 2006; Luthar, Sawyer, Brown 2006).

Czasem też pojęcie to odnosi się do zestawu cech osobowości, tzw. *ego-resilience*, warunkujących dzielność w pokonywaniu trudności i problemów, zdolność znoszenia sytuacji stresowych, stanowiących wyraz siły charakteru i umiejętności przystosowania się do zmieniających się warunków życiowych (Luthar, Cicchetti 2000).

Resilience jako fenomen dobrego przystosowania — pozytywnej adaptacji, dokonującej się pomimo niesprzyjających warunków rozwojowych, analizowany jest zatem w dwóch aspektach: dyspozycyjnym (właściwość indywidualna) i procesualnym (interakcyjnym).

1. **Ujęcie dyspozycyjne** traktuje *resilience* jako właściwość człowieka (stałą dyspozycję), określając ją jako zbiór umiejętności radzenia sobie jednostki z różnymi czynnikami stresogennymi w sposób elastyczny, giętki i twórczy, czyli konstruktywny (Heszen, Sęk 2007).

2. **Ujęcie procesualne** podkreśla, że jest to dynamiczny proces związany z rozwojem, polegający na wzajemnej interakcji czynników chroniących i czynników ryzyka, wzmacnianych czynnikami podatności, powodujący zaś pozytywną adaptację jednostki pomimo występujących zagrożeń (czynników ryzyka) na różnych płaszczyznach — indywidualnej i społecznej (Borucka, Ostaszewski 2008; Mazur, Tabak 2008; Opora 2009, 2011; Borucka 2011).

Niezależnie od wyjściowego sposobu ujmowania zjawiska można przyjąć, że przebieg rozwoju jednostki wyznacza skuteczne *vs.* nieskuteczne radzenie sobie z problemami naturalnymi rozwojowo (zadania rozwojowe) i moderowanymi społecznie (kulturowo, środowiskowo). W obu podejściach jednak wskazuje się nieco inne pierwotne źródła determinujące radzenie sobie.

Znaczenie fenomenu *resilience* dla kształtowania się tożsamości niedewiantyjnej *vs.* dewiantyjnej wiąże się z konstatacją, iż negatywne

doświadczenia życiowe nie zawsze muszą powodować psychopatologię rozwoju (zburzenia w kształtowaniu się tożsamości, czyli ukształtowanie się tzw. tożsamości dewiantywniej). Oznacza to, że jednostka musi mieć jakieś zasoby, które chronią ją przed zaburzeniami, zasoby te zaś muszą zostać ujawnione i uaktywnione w procesie radzenia sobie.

Tezę tę uprawomocniają dane empiryczne, wskazujące, że niewielki odsetek identyfikowanych zaburzeń w przystosowaniu na danym etapie rozwojowym stanowi wyznacznik zaburzeń w tym zakresie w przeszłości. Oznacza to zatem — wskazaną wcześniej — konieczność identyfikowania tych zasobów jednostki, które chronią ją przed niedostosowaniem — niezależnie od tego, czy stanowią one zasoby indywidualne, czy środowiskowe (Block, Kremen 1996). Przy czym musimy uwzględnić fakt, że zawsze wchodzi one w interakcje z czynnikami ryzyka (procesualne ujęcie *resilience*). Identyfikacja i wykorzystanie tych zasobów w procesie rozwoju wiąże się z celowym ich wykorzystaniem, choć jak wskazują dane, w wielu przypadkach włączają się one automatycznie, ujawnione bowiem na wcześniejszym etapie rozwoju zaburzenia są w jakiś sposób blokowane, nie kumulując się, dlatego proces zaburzeń zostaje „wyhamowany” (nie ujawnia się w późniejszych okresach rozwojowych).

Dla fenomenu *resilience* kluczowe są zatem dwie kwestie w kontekście diagnozy resocjalizacyjnej: występujące w sytuacji życiowej jednostki podwyższone ryzyko zagrożeń w jej rozwoju oraz pozytywna adaptacja, która oznacza, że jednostka pokonała owe ryzyko rozwojowe, z uwzględnieniem w tym procesie czynników chroniących⁴.

Postawiona teza o włączeniu fenomenu *resilience* do nurtu salutogenetycznego da się obronić, gdyż w obu zakłada się, że znacznie ważniejsze jest odnajdywanie wyznaczników zdrowia niż czynników sprzyjających patologii, co bezpośrednio wpisuje się w koncepcję diagnozy pozytywnej jako tej, która powinna dominować w resocjalizacji ujmowanej w perspektywie humanistycznej (pozytywnej, kreatywnej, twórczej).

Jeśli zakładamy wyjściowo, że życie jest naturalnym źródłem różnych napięć, konfliktów, kryzysów, kontakt jednostki z czynnikami ryzyka jest nieunikniony, bo nie można ich po prostu z życia człowieka wyeliminować.

⁴ O zjawisku *resilience* z perspektywy niekorzystnych oddziaływań środowiska pisze w ostatniej swej wydanej książce Bronisław Urban (2012).

wać. Jednak można wspierać radzenie sobie z nimi. Konieczne jest zatem poszukiwanie takich czynników, które ułatwiają jednostce zachowanie zdrowia (brak patologii rozwoju) po to, by je uaktywnić i wzmacniać.

Koncepcja salutogenezy Antonowsky'ego (2005; por. Sęk 2007), choć jej zasadność bywa czasem podważana, wydaje się wciąż aktualna i możliwa do implementacji na grunt pedagogiki resocjalizacyjnej i diagnozy na potrzeby resocjalizacji. Autor tej koncepcji stawia bowiem kluczowe pytanie, wpisujące się bezpośrednio w fenomen *resilience*: *dlaczego ludzie, pomimo wielu potencjalnie zagrażających zdrowiu wpływów, pozostają zdrowi?* Pytanie to implikuje poszukiwanie cech za ten stan rzeczy odpowiedzialnych, czyli czynników uodporniających jednostkę na doświadczanie kryzysów i odnoszenie porażek w ich życiu (może to być np. *resilience*). Główna teza teorii wiąże się z konstatacją, że choć nie można zmieniać pewnych „zesłanych przez los” zdarzeń w życiu, to jednak można zmienić własne podejście do nich. Bezpośrednio sytuuje to koncepcję salutogenezy w nurcie poznawczym.

Generalnie, podstawowe założenie salutogenezy, jako podejścia dynamicznego i interakcyjnego, wiąże się zatem z odwróceniem perspektywy patrzenia na zjawiska negatywne rozwojowo — perspektywa salutogenetyczna jest zorientowana na zdrowie, czyli pozytywną adaptację — które nie są traktowane jako stan ani stały zasób, ale proces przemieszczania się na kontinuum jednego wymiaru, którego krańce stanowią zdrowie (pozytywna adaptacja) *vs.* choroba (patologia przystosowania). Dynamikę tego procesu wyznaczają: 1) dostępność genetycznych i psychospołecznych zasobów odpornościowych, obejmujących: poziom wsparcia społecznego, strategie radzenia sobie, zaangażowanie i spójność Ja (dojrzała osobowość); 2) kontekst społeczno-kulturowy (Antonowsky 1979).

Założenie, że znacznie ważniejsze jest odnajdywanie wyznaczników zdrowia niż czynników sprzyjających patologii sytuuje diagnozę resocjalizacyjną w nurcie pozytywnym, rozwijanym też w koncepcjach resocjalizacji twórczej (Konopczyński 1996, 2006). Jeśli życie — o czym już wspomniałam — jest w sposób naturalny źródłem różnych napięć, konfliktów, kryzysów, których doświadczają rozwijająca się jednostka, a jej kontakt z czynnikami ryzyka jest nieuchronny (czynników ryzyka wyeliminować nie można), diagnoza musi koncentrować się na poszukiwa-

niu tych właściwości jednostki, które ułatwiają jej zachowanie zdrowia (brak patologii rozwojowych). Oczywiście, propozycje katalogowania tych cech w różnych nurtach teoretycznych, odnoszących się do koncepcji człowieka i jego rozwoju, mogą być różne (np. dojrzała osobowość — psychologia humanistyczna i pozytywna; dojrzałość interpersonalna w koncepcjach interakcyjnych).

Oba konkurujące z sobą modele: salutogenetyczny jako egzemplifikacja podejścia pozytywnego w resocjalizacji (opartego na działaniach ergotropowych, „uczynniających”), a także patogenetyczny stanowiący jego opozycję (resocjalizacja negatywna, eliminująca, oparta na działaniach semiotropowych i etiotropowych), są podstawą analiz procesu diagnozy resocjalizacyjnej oraz działań postdiagnostycznych w kontekście modeli ryzyka (RNR) i modelu dobrego życia (GLM).

1.4.2. Model ryzyka i model dobrego życia — źródła, charakterystyka i ich zastosowanie w diagnozie resocjalizacyjnej

Model ryzyka i model dobrego życia można — jak wskazałam — odnieść do obu podejść właściwych naukom społecznym, czyli nurtu salutogenetycznego (konceptje salutogenezy i *resilience*, odwołujące się do czynników chroniących) oraz nurtu patogenetycznego (odwołującego się do koncepcji dewiacji oraz czynników ryzyka zaburzeń przystosowawczych). Założenia tych koncepcji stanowią pozytywne przesłanki zasadności i racjonalizowania przyjęcia w resocjalizacji modelu dobrego życia jako podstawowego, modelu ryzyka zaś — jako uzupełniającego.

Jak jednak wiemy, we współczesnych naukach społecznych, w tym także w resocjalizacji, obowiązuje odwrócenie tej zasady: podstawowy model działania lokowany jest w modelu ryzyka, model dobrego życia zaś — w praktyce resocjalizacyjnej zwykle nie ma zastosowania (lub niewielkie, bądź nieprawidłowo realizowane). Dokonam zatem wybiórczej analizy obu modeli, z uwzględnieniem ich znaczenia dla praktyki resocjalizacyjnej, rozpatrywanej w kontekście procesu diagnozy i metodyki interwencji.

1.4.2.1. Model ryzyka oraz jego zastosowanie w diagnozie i metodyce pracy resocjalizacyjnej oraz egemplifikacja podejścia „negatywnego”

W **modelu ryzyka**, dokonując jego analizy w aspekcie diagnozy zaburzeń przystosowawczych, zakłada się konieczność wykrywania różnorodnych czynników ryzyka, powodujących kształtowanie się tożsamości dewiantywniej („ludzkiego zła”). Celem prowadzonej diagnozy i jednocześnie czynnikiem zmiany jest ich eliminowanie z życia jednostki, czyli zarządzanie nimi. W sensie ideologicznym jednak nadrzędną funkcją tego typu postępowania jest ochrona społeczności, zagrożonej przez zachowania pozanormatywne (dewiacyjne) przejawiane przez jednostkę niedostosowaną. W tej perspektywie teoretycznej dewiant postrzegany jest jako niebezpieczny dla wspólnoty (społeczeństwa), gdyż przejawia zachowania mogące jej szkodzić (zachowania krzywdzące innych). Należy zatem poszukiwać czynników „powściągających jego zachowania” (integracja i solidarność społeczna ukierunkowana na eliminację zła), co jest możliwe przez wzmocnienie kontroli społecznej (koncepcja Durkheima).

Resocjalizacja rozumiana jest tu specyficznie, a więc jako powtórna socjalizacja (podporządkowanie jednostki wymaganiom społecznym), działanie resocjalizacyjne zaś w tym modelu wyznaczają trzy fundamentalne zasady (Biel 2010: 150–151; por. Ward, Maruna 2007; Sztuca 2009; Stąńdo-Kawicka 2010): zasada oceny ryzyka, zasada oceny istniejących potrzeb oraz zasada reaktywności.

1. **Zasada oceny ryzyka.** Ryzyko wyznaczają różne czynniki, które należy zidentyfikować i wyeliminować:

a) **czynniki dyspozycyjne**, a więc zależne od jednostki i przypisane jej zachowania oraz utrwalone właściwości (np. osobowość antyspołeczna, zmienne kognitywne i demograficzne);

b) **historia życia** określana przez doświadczenia z zachowaniami dewiacyjnymi (uprzednie zachowania pozanormatywne, np. przestępcze; doświadczenia korekcyjne, czyli wcześniejsze podleganie oddziaływaniom resocjalizacyjnym);

c) **doświadczenie przemocy** jako mechanizm psychologiczny pozwalający racjonalizować własne zachowania (złemu światu należy odpłacać złem);

d) powiązania przestępcze, określane przez funkcjonowanie w kulturze przestępczej i proste dziedziczenie społeczne zachowań przestępczych;

e) brak pozytywnego wsparcia społecznego ograniczającego możliwość konstruktywnego radzenia sobie i uzasadniającego nienormatywne sposoby zaspokajania własnych potrzeb;

f) czynniki kliniczne, np. zaburzenia psychiczne, uzależnienia.

2. Zasada oceny istniejących potrzeb. Potrzeby — ich niezaspokojenie — rozumiane są jako osobiste braki doświadczane przez jednostkę. Mają one zróżnicowany charakter — specyficzny i niespecyficzny dla rozwoju tożsamości dewiantywnej. Przy czym w modelu tym jako bardziej istotne traktuje się czynniki specyficznie powiązane z niedostosowaniem społecznym (kryminogenne), co sytuje model diagnozy w podejściu negatywnym, niewielką wagę zaś przykładają się do czynników niespecyficznych (niekryminogennych), co stanowi element diagnozy wpisujący się lepiej w podejście pozytywne.

Wyróżnia się tu analogicznie dwie kategorie potrzeb:

a) potrzeby kryminogenne (np. nastawienia proprzestępcze, destrukcyjne strategie radzenia sobie z trudnościami, uzależnienia, utrwalona i dyspozycyjna agresja i wrogość, środowisko przestępcze);

b) potrzeby niekryminogenne (np. niskie poczucie własnej wartości, ale też coraz częściej mówi się o nieadekwatnym poczuciu własnej wartości, a więc zawyżonej lub zaniżonej samoocenie; problemy psychiczne — depresja, skutkujące brakiem odporności na frustrację i zniesieniem emocjonalnej kontroli zachowań).

3. Zasada reaktywności odnosi się do sposobu reagowania jednostki na różne oddziaływania resocjalizacyjne, co jest jednak zależne od jej charakterystyki psychologicznej (np. możliwości i zdolności percepcyjno-intelektualnych). Sposób reagowania jest tu warunkowany poziomem i typem motywacji do zmiany. Można tu wyróżnić dwa rodzaje reaktywności:

a) reaktywność ogólną, związaną z poziomem podejmowanych zabiegów adekwatnych lub nieadekwatnych do zdolności uczenia się jednostki;

b) reaktywność specyficzną, związaną z indywidualnymi cechami jednostki, warunkującymi poziom osobistego zaangażowania

w proces zmiany (np. poziom motywacji, umiejętności interpersonalne, wewnętrzne niepokoje i lęki).

Dokonana diagnoza w prezentowanych obszarach stanowi bezpośrednią przesłankę do projektowania oddziaływań resocjalizacyjnych. Działalność resocjalizacyjną powinno organizować się zatem z uwzględnieniem:

- a) poziomu ryzyka;
- b) specyfiki czynników ryzyka, a także
- c) istniejących potrzeb, mających charakter dynamicznych czynników ryzyka, skorelowanych z zachowaniem dewiacyjnym.

Należy przy tym wziąć pod uwagę, że potrzeby mogą być bezpośrednio kryminogenne, co oznacza, że ich „eliminacja” stanowi bezpośredni czynnik resocjalizacji; lub mogą mieć charakter niekryminogeny, a wówczas ich „eliminacja” nie powoduje bezpośrednio redukcji zachowań pozanormatywnych, ale może ów proces wspomagać. Trudno wyrokować, który mechanizm jest tu bardziej istotny, gdyż zależność pomiędzy potrzebami kryminogennymi i niekryminogennymi jest złożona. Można przyjąć, że potrzeby niekryminogenne stanowią pierwotne czynniki zaburzeń, stanowiąc mechanizm ujawniania i konstytuowania się potrzeb kryminogennych, stanowiących czynniki wtórne procesu dewiantywnego. W takim ujęciu, zaspokajanie potrzeb niekryminogennych stanowi swoiste działanie mające status profilaktyczny (np. poczucie własnej wartości jako potrzeba podstawowa i niekryminogenna może przekształcić się w potrzebę kryminogenną, bezpośrednio ewokując zachowania np. agresywne, dominatywne, których celem jest zaspokojenie potrzeby utrzymania własnej wartości). Jeśli zatem jednostka tę potrzebę ma zaspokojoną, nie musi sięgać po zachowania pozanormatywne (np. agresja), bo są one po prostu niefunkcjonalne (nie będą służyć zaspokojeniu jej potrzeb).

W ocenie diagnostycznej służącej projektowaniu działań resocjalizacyjnych ważny jest także *poziom reaktywności*, czyli wrażliwości na podejmowane działania resocjalizacyjne, co determinuje bezpośrednio ich efektywność (Biel 2010: 150–151; por. Ward, Maruna 2007; Szutka 2009; Stáńdo-Kawęcka 2010). Nie ma bowiem sensu sięgać po działania, które nie mają „mocy sprawczej”, czyli nie są znaczące dla danej jednostki, a więc nie będą nośnikiem czy mechanizmem wewnętrznych zmian dokonujących się w niej.

Warto tu wspomnieć, że o projektowaniu działań resocjalizacyjnych z uwzględnieniem stosowania bodźców, które mają istotne dla jednostki znaczenie, pisał już kilkadziesiąt lat wcześniej Czesław Czupów (1980).

Uogólniając, model ryzyka jest skoncentrowany przede wszystkim na redukowaniu dynamicznych (istotnych) czynników ryzyka, głównie o charakterze kryminogennym, co zdaniem wielu autorów stanowi wyznacznik jego nieskuteczności, dlatego pojawia się jego krytyka. W myśl tego, co napisałam wcześniej, jest to oddziaływanie na czynniki wtórne procesu dewiacyjnego, a więc nieuwzględniające bardziej istotnych czynników pierwotnych, co można też określić jako oddziaływanie na objawy (eliminacja zachowań nieprzystosowawczych), bez uwzględnienia ich źródeł (brak identyfikacji i redukowania mechanizmów kształtowania się zachowań dewiacyjnych).

Modelowi temu stawia się różne zarzuty, ale wskażę jedynie wybrane i określane jako najbardziej istotne, z których zresztą wynikają inne, pochodne wobec nich.

I tak przykładowo – Tony Ward i Claire Stewart (2003; por. Biel 2010: 152), uważają, że koncentracja na redukowaniu dynamicznych czynników ryzyka nie może być wystarczającym warunkiem skuteczności interwencji resocjalizacyjnych, gdyż ogranicza działanie oparte na czynnikach konstruktywnych, czyli istniejących potencjałach jednostki, zwykle nieodkrytych przez nią samą. Konstatacja ta stanowi podstawę argumentacji i jest przesłanką do traktowania działań resocjalizacyjnych (diagnostyka problemów i metodyka zmiany) w ujęciu pozytywnym, determinując poszukiwanie zasobów, odkrywanie potencjałów, tkwiących zarówno w jednostce, jak i w świecie jej życia, na których głównie należy oprzeć proces zmiany.

Tony Ward i Shadd Maruna (2007: 22–23) ponadto sądzą, że koncentracja na eliminowaniu czynników ryzyka musi w sposób naturalny ograniczać motywację do zmiany. Nie pozwala to bowiem jednostce nieprzystosowanej społecznie (przejawiającej zaburzone zachowania) dokonać odniesienia do pozytywnych aspektów wycofania się z działalności destrukcyjnej. Mówiąc prościej, osoba niedostosowana wie jedynie, czego nie powinna robić, gdyż to się jej komunikuje. Nie wie natomiast, dlaczego ma „porzucić” dotychczasowy sposób własnego funkcjonowa-

nia (zachowania), a co więcej, nie wie też, co może zmienić się w jej życiu, gdy dokona zmian we własnym zachowaniu, czyli zaprzestanie działań destrukcyjnych.

Wskazani autorzy podkreślają też, że stosowanie tego modelu działania resocjalizacyjnego ogranicza poczucie podmiotowości jednostki niedostosowanej społecznie w procesie dokonującej się w niej zmiany. Innymi słowy, to nie ona dokonuje wewnętrznej przemiany, gdyż ta jest narzucona z zewnątrz i nie jest racjonalizowana (uzasadniana) przez jednostkę niedostosowaną. Jeśli człowiek nie wie, dlaczego i po co działa, co mu postulowana zmiana przyniesie, a ponadto ma poczucie, że to nie on o tym decyduje, nie mogą wykształcić się w nim ani motywacja do wewnętrznej zmiany, ani poczucie skuteczności, czyli przekonanie o możliwości dokonania zmiany. Ostatecznie więc, zostaje także „zawieszona” jej celowość, czyli poczucie sensu działania zmierzającego do dokonywania zmian w sobie. Wtórnią konsekwencją działania opartego na modelu ryzyka może być zatem ukształtowanie się poczucia bycia niezdolnym do osiągnięcia celów osobistych w sposób konstruktywny, a to przecież powinno być, i jest istotą, działalności resocjalizacyjnej.

Kolejnym wysuwany przez przywoływanych autorów zarzutem jest fakt, że w modelu ryzyka nie docenia się korekcyjnego znaczenia relacji diagnostyczno-terapeutycznej dla przebiegu procesu wewnętrznej przemiany i niewystarczająco się je wykorzystuje. Model ten skoncentrowany jest bowiem jedynie na istotnych czynnikach ryzyka zachowań pozanormatywnych, bez wykorzystania znaczenia czynników kontekstualnych (np. znaczenia potrzeb niekryminogennych, wagi osób znaczących, znaczenia pozytywnej relacji wychowawczej). Czynniki te natomiast są niezmiernie istotne w procesie zmiany, którą w decydującym o jej skuteczności stopniu warunkują: poczucie własnej wartości, poczucie sprawczości i wewnętrznej kontroli własnych zachowań. Tego typu właściwości mogą się wykształcić jedynie w relacji podmiotowej, gdy jednostka niedostosowana społecznie przynajmniej współdecyduje o procesie własnego rozwoju (jego kierunku i jakości).

Ponadto wskazuje się też na to, że w procesie diagnozy i w metodyce pracy resocjalizacyjnej nie jest dostatecznie uwzględniana zasada reaktywności, co wynika z faktu, że w ocenie reaktywności (ogólnej i specyficznej) niezmiernie ważne są czynniki kontekstualne. Powoduje to, że

model ten jest uniwersalizowany, a więc stosuje się go wobec wszystkich kategorii jednostek niedostosowanych, bez uwzględniania ich zawsze specyficznych potrzeb i wartości dla nich ważnych, posiadanych, choć zwykle nieujawnionych, potencjałów, a także specyficznych mechanizmów zaburzeń (Ward, Maruna 2007: 22–23, por. Biel 2010: 152–153).

Konkludując, filozofia działania resocjalizacyjnego opartego na tym modelu, w obszarze zarówno diagnozy, jak i korekcji (interwencji), prowadzić musi bezpośrednio do jego nieefektywności. Tłumaczy to jednocześnie tak niski odsetek osób, które można — zresztą na podstawie zawodnych i niesprawdzonych do końca empirycznie kryteriów (np. powrotność do przestępstwa w określonym, zwykle krótkim czasie) — uznać za zresocjalizowane.

Wynika to stąd, że oparcie działań resocjalizujących jedynie na wykrywaniu i eliminowaniu negatywnych cech jednostki niedostosowanej, a także deficytów tkwiących w środowisku jej życia (diagnoza negatywna, eliminacja deficytów):

a) zawęża pole działania przez ograniczenie perspektywy dokonującej się zmiany (eliminacja, korekcja, zamiast kreacji);

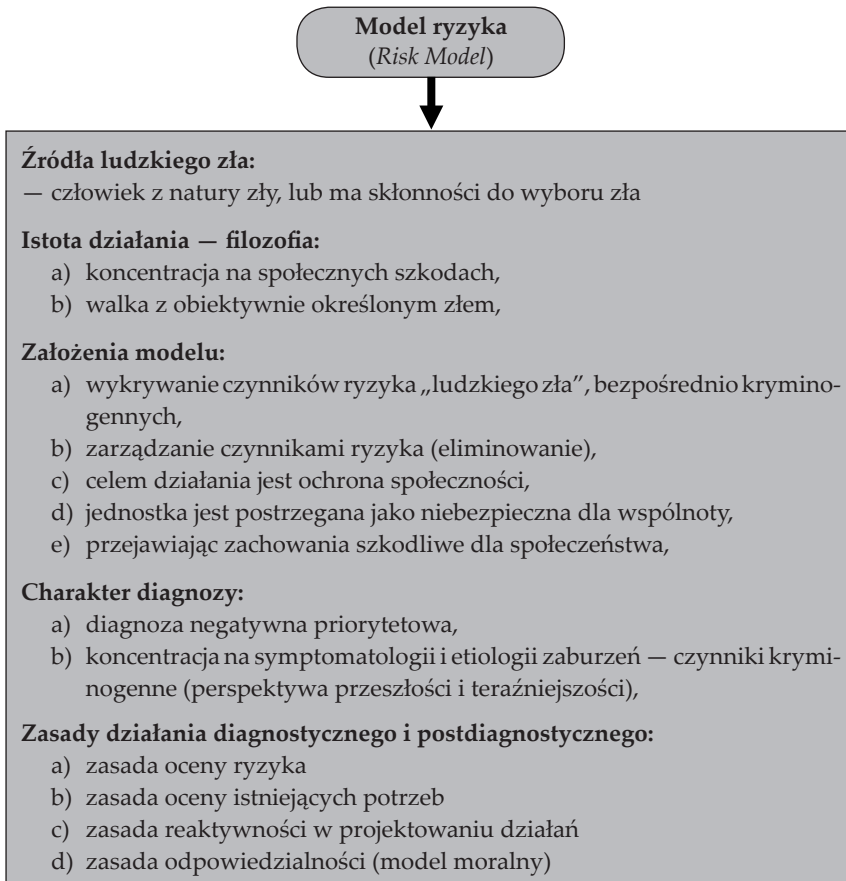
b) powoduje ograniczenie kształtowania się motywacji do dokonywania zmiany oraz określa jej rodzaj, który nie powoduje utrwalenia się dokonywanych w jednostce zmian (motywacja zewnętrzna, instrumentalna);

c) powoduje naturalne odrzucenie podstawowych i istotnych czynników wewnętrznej przemiany i kształtowania się motywacji do zmiany (brak osób znaczących, stanowiących punkt odniesienia dla własnego działania jako efekt nieuwzględniania czynników relacyjnych służących zmianie w procesie resocjalizacji — relacja wychowawcza).

Zgodnie z przedstawioną charakterystyką modelu i jego krytyką można przyjąć założenie, współcześnie dominujące w refleksji pedagogów resocjalizacyjnych (mniej niestety „atrakcyjne” dla praktyków pracujących w resocjalizacji), o niewystarczalności założeń teoretycznych modelu ryzyka w działalności resocjalizacyjnej, co powoduje, że może on być jedynie uzupełnieniem, nie zaś alternatywną propozycją dla modelu dobrego życia. Założenia tego modelu zestawiono na schemacie 1.

Schemat 1

Charakterystyka modelu ryzyka w resocjalizacji



Źródło: Opracowanie własne

1.4.2.2. Model dobrego życia oraz jego zastosowanie w diagnozie i metodyce pracy resocjalizacyjnej oraz egzemplifikacja podejścia „pozytywnego”

Oczywistością jest, że **model dobrego życia** opiera się na innej filozofii działania resocjalizacyjnego, która zakłada konieczność odkrywa-

nia i wzmacniania potencjałów (pozytywnych cech) jednostki niedostosowanej społecznie oraz zasobów tkwiących w środowisku jej życia. W tym kontekście jest pozytywnie skorelowany z koncepcją *resilience* i koncepcją salutogenezy. Dla wielu teoretyków, których zdaniem podzielam, model dobrego życia nie jest opozycyjny wobec modelu ryzyka, ale wobec niego komplementarny lub — chyba bardziej trafnie — zawierający w sobie założenia teoretyczne modelu ryzyka. W zasadzie można powiedzieć, że jego założenia teoretyczne eliminują, wskazane wcześniej, ograniczenia modelu ryzyka.

W kontekście procesu diagnozy, w modelu dobrego życia najogólniej zakłada się konieczność dokonywania tzw. diagnozy pełnej, prowadzonej w ujęciu rozwojowym (diagnoza pozytywna — zasobów, potencjałów i negatywna — deficytów i blokad rozwojowych, w ujęciu biograficznym i z uwzględnieniem dwu obszarów diagnozy: wewnętrznej, dyspozycyjnej oraz zewnętrznej, społecznej, środowiskowej, ujętych dynamicznie i systemowo). W modelu tym zakłada się również konieczność projektowania działalności postdiagnostycznej (indywidualnych programów resocjalizacji), z uwzględnieniem rezultatów diagnozy pełnej, czyli mocnych (zasoby) i słabych (deficyty) stron jednostki niedostosowanej społecznie i warunków jej życia (koncentracja na jednostce i świecie jej życia).

W modelu diagnozy wpisującym się w założenia modelu dobrego życia najważniejszym elementem jest jednak odkrycie własnych potencjałów, czyli tzw. diagnoza pozytywna, choć wspierana przez odkrywanie blokad w ich urzeczywistnianiu (realizowaniu). Wiąże się to zatem naturalnie z koniecznością prowadzenia diagnozy negatywnej, głównie w aspekcie przyczynowym, co jest właściwe dla modelu ryzyka, ale w prezentowanym modelu nie ma statusu „diagnozy dominującej”. Ma jednak znaczenie funkcjonalne, czyli pozwala w rezultacie odkrywać mechanizmy dysfunkcyjności jednostki niedostosowanej społecznie, stanowiące podstawę projektowania działań postdiagnostycznych, ukierunkowanych na konstruktywne jej przekształcanie. Odkrywanie źródeł dysfunkcyjności powoduje też, choć pośrednio, że możliwe jest działanie mające na celu ograniczenie lub eliminowanie funkcjonalności zachowań destrukcyjnych poprzez znajdowanie dla nich alternatywnych form zachowań, zaspokajających potrzeby jednostki lub umożli-

wiających realizowanie cenionych przez nią wartości, co z kolei stanowi przedmiot diagnozy pozytywnej. Dominuje bowiem współcześnie przekonanie, że zaburzenia są dla jednostki funkcjonalne, czyli służą zaspokajaniu jej potrzeb lub realizowaniu uznawanych wartości, ale dzieje się to w sposób destrukcyjny. Można znaleźć uzasadnienie tej tezy choćby w przedstawionej skrótowo socjologicznej koncepcji dewiacji Roberta K. Merton'a (1982; por. Siemaszko 1993), w której zakłada się, że nonkonformistami (dewiantami) stają się ci, których możliwości zaspokajania potrzeb w sposób konstruktywny (konformistyczny) są ograniczone strukturalnie, systemowo (dewiantami stają się ci, których pozycja społeczna nie pozwala realizować kulturowo określonych wartości – celów, w sposób zgodny ze społecznie wyznaczonymi standardami – normami, środkami). Oznacza to, że odkrycie przez jednostkę niedostosowaną społecznie lub zagrożoną niedostosowaniem dysfunkcyjności zaburzonych zachowań wobec własnych celów i preferencji, a jednocześnie odkrycie konstruktywnych sposobów realizowania własnych wartości i potrzeb czy radzenia sobie z problemami rozwojowymi lub społecznymi powoduje, że zachowania niedostosowane przestają pełnić swoją funkcję, związaną z realizowaniem własnych potrzeb i wartości (w sposób dotąd dla niej jedynie dostępny, czyli destrukcyjny).

Potwierdza to wnioskowanie fakt, że wiele koncepcji dewiacji wskazuje, iż cele, wartości i potrzeby nie różnicują jednostek dewiantywnych i niedewiantywnych (prawidłowo i wadliwie przystosowanych), a różnicuje je jedynie sposób, w jaki owe potrzeby są realizowane czy w jaki uznawane wartości są osiąmane. Oznacza to, że podstawowe zróżnicowanie – klasyfikujące osoby jako niedostosowane i prawidłowo przystosowane – odnosi się do przestrzegania norm narzuconych społecznie, a więc środków, jakie wykorzystuje się do osiągania własnych celów, jako pochodnych uznawanych wartości. Teza ta najsilniej podkreślana była w np. koncepcji Edwina Sutherlanda (Sutherland, Cressey, Luckenbill 1992), czy Roberta K. Merton'a (Merton 1957, 1982; za: Siemaszko 1993).

Podsumowując, model dobrego życia wyznacza koncentracja na odkrywaniu i promowaniu ważnych celów osobistych jednostki (potrzeb i wartości znaczących), choć też zakłada się w nim jako istotne redukcowanie ryzyka zagrożeń rozwojowych (niedostosowania społecznego)

w przyszłości, co jednak może się dokonać jedynie z wykorzystaniem jego potencjałów (mocnych stron). Wyznacza to jako konieczne dokonanie diagnozy osobistych preferencji i wartości uznawanych przez jednostkę z zaburzeniami przystosowawczymi. Diagnoza pozytywna⁵ jest bezpośrednio wykorzystywana w projektowaniu postdiagnostycznym, czyli w określaniu celów i metod działań korekcyjno-terapeutycznych, w podejmowanych działaniach korekcyjnych zaś musi zostać uwzględniona osobista motywacja jednostki do dokonania wewnętrznej przemiany. W modelu tym podkreśla się też znaczenie wyposażenia jednostki w kompetencje i możliwości działania konstruktywnego, potrzebne do realizacji osobistych planów wynikających z odkrytych przez jednostkę i zdefiniowanych jako znaczące wartości.

Poszukując teoretycznych i praktycznych odniesień dla modelu dobrego życia, można przytoczyć tu założenia kompensacyjnego modelu pomocy (dostarczanie kompetencji i możliwości), a także omówionej wcześniej koncepcji *resilience* i koncepcji salutogenezy, w których akcentuje się znaczenie mocnych stron (zasobów, potencjałów) jednostki. W filozofii działania resocjalizacyjnego, właściwej dla tego modelu, zakłada się odejście od perspektywy bezpośredniego eliminowania deficytów – redukcji dynamicznych (pierwotnych i wtórnych, ale zawsze znaczących rozwojowo) czynników ryzyka, co jest charakterystyczne dla podejścia tzw. negatywnego (skoncentrowanego na deficytach). W modelu tym przyjmuje się natomiast perspektywę działania polegającą na odkrywaniu i wzmacnianiu odkrywanych wspólnie – przez jednostkę niedostosowaną i badacza-diagnostę – potencjałów (wartości znaczących). Odkrywanie i wzmacnianie potencjałów jest możliwe jedynie w prawidłowo przebiegającej relacji diagnostyczno-terapeutycznej (podejście podmiotowe, humanistyczne, personalistyczne). Realizowanie pożądaných przez jednostkę zaburzoną wartości i celów dla niej istotnych połączone jest zatem: a) ze wskazaniem i dostarczeniem możliwości ich realizowania w sposób nieprzestępczy, b) przekonaniem o destrukcyjności dotychczasowych sposobów zachowania (dewiacyjnego), co niemal automatycznie eliminuje czynniki ryzyka. Oznacza to jednocześnie, że zachowania destrukcyjne przestają być

⁵ O modelu diagnozy w resocjalizacji piszę w innym opracowaniu (Wysocka 2013 b).

funkcjonalne, zastępowane zaś są funkcjonalnymi dla jednostki zachowaniami konstruktywnymi.

Ważne założenie teoretyczne modelu dobrego życia dotyczy też istoty dokonującej się wewnętrznej zmiany. W procesie resocjalizacji, traktowanym jako uruchomienie procesu prawidłowej socjalizacji przez wykorzystanie zasobów jednostki, nie wystarcza bowiem koncentracja na pojedynczych czynnikach ryzyka i ich sukcesywnym eliminowaniu, ale istotą zmiany jest całościowa „rekonstrukcja Ja”. Mechanizmem owej całościowej przemiany czyni się zaś realistyczne (adekwatne) poczucie własnej wartości (potrzeba hubrystyczna), określające akceptację tego, kim się jest i w jaki sposób się działa. Akceptacja ta musi być wyrażana i podzielana zarówno przez jednostkę (samoakceptacja), jak i przez społeczeństwo (akceptacja otoczenia). Cel działań resocjalizacyjnych można określić zatem jako „rekonstrukcję Ja”, dokonującą się w kierunku osobiście i społecznie akceptowanej wizji siebie, ale realizowanej z wykorzystaniem społecznie obowiązujących i dozwolonych środków (przestrzeganie norm społecznych). Możliwe jest to jedynie wówczas, gdy jednostka odkryje własne potencjały, co pozwoli jej określić, kim jest, kim chce być i kim być może, a także co jest dla niej ważne w procesie „stawiania się” (rozwoju, samoaktualizacji). Proces resocjalizacji wyznacza w takim ujęciu pierwotnie kompensacja indywidualnych i społeczno-kulturowych blokad rozwoju jednostki (wychowanka), co może uruchomić proces uczenia się konstruktywnego radzenia sobie z negatywnymi, ale naturalnie występującymi w rozwoju problemami. Proces ten wspomagany jest przez możliwość realizowania własnych, odkrytych potencjałów. Założenia modelu dobrego życia przedstawiono na schemacie 2.

Widoczne jest tu powiązanie z zasadami realizowania działań resocjalizacyjnych oraz ze wspomnianą wcześniej klasyczną typologią ich działania przedstawioną przez Cz a p o w a (1980), który zaproponował trzy rodzaje działań korekcyjnych, przedstawił argumenty potwierdzające ich znaczenie oraz dokonał oceny tego znaczenia w procesie zmiany:

- a) działania s e m i o t r o p o w e (eliminowanie objawów zaburzeń);
- b) działania e t i o t r o p o w e (eliminowanie przyczyn zaburzeń);
- c) działania e r g o t r o p o w e (odkrywanie i „uczynnianie”, czyli aktywizowanie i wzmacnianie potencjałów jednostki).

Charakterystyka modelu dobrego życia

Model dobrego życia
(*Good Lives Model*)**Źródła ludzkiego zła:**

– człowiek z natury dobry, podmiotowość, możliwość wyboru

Istota działania – filozofia:

- a) koncentracja na indywidualnej szkodliwości
- b) walka o subiektywizowane dobro jednostki

Założenia modelu:

- a) koncentracja na odkrywaniu i promowaniu ważnych celów osobistych jednostki,
- b) wzmacnianie potencjałów jednostki i środowiska,
- c) w celu samorealizacji jednostki,
- d) jednostka jest postrzegana jako szkodząca sobie,
- e) projektowanie działań korekcyjno-terapeutycznych uwzględniających osobistą motywację do zmiany,

Charakter diagnozy:

- a) diagnoza pozytywna priorytetowa
- b) koncentracja na czynnikach chroniących i odkrywaniu mechanizmu zaburzeń – ich funkcjonalności; czynniki niekryminogenne (perspektywa przyszłościowa)

Zasady działania w procesie diagnostycznym i postdiagnostycznym:

- a) zasada podmiotowości
- b) zasada oceny potencjałów
- c) zasada relacyjności w działaniu
- d) zasada kompensacji (model kompensacyjny)
- e) zasada dominacji działań ergotropowych, traktowanych jako pierwotne
- f) zasada znaczenia działań etiotropowych w procesie eliminowania blokad rozwoju
- g) zasada pomocniczości działań semiotropowych w procesie zmiany

Źródło: Opracowanie własne

Czapów wskazał również sposób organizowania tychże działań w procesie wewnętrznej przemiany jednostki niedostosowanej, formułując swoiste zasady działania/wychowania resocjalizującego, odnoszące się do ich znaczenia w procesie wewnętrznej przemiany jednostki niedostosowanej społecznie:

a) **zasada dominacji działań ergotropowych** — najważniejsze w procesie zmiany są działania oparte na poszukiwaniu i wykorzystywaniu (uczynnianiu) potencjałów, co egzemplifikuje model dobrego życia;

b) **zasada znaczenia odkrywania mechanizmów zaburzeń** — jako niezmiernie istotne, ale pochodne działań ergotropowych, są działania etiotropowe, związane z eliminacją przyczyn zaburzeń (dynamicznych czynników ryzyka);

c) **zasada pomocniczego znaczenia eliminowania objawów zaburzeń** — najmniej znaczące dla efektywności działań resocjalizacyjnych są działania semiotropowe związane z bezpośrednim eliminowaniem objawów zaburzonych zachowań.

Zasady określające dominujące znaczenie eliminacji objawów i czynników zaburzeń organizują działania resocjalizacyjne w modelu ryzyka, stanowiąc o ich istocie, ale są niewystarczające w modelu dobrego życia, dla którego zasada dominacji odkrywania, uczynniania i wzmacniania potencjałów (diagnoza i resocjalizacja pozytywna) jest podstawowa i wyjściowa dla całego procesu resocjalizacji (diagnostyki i metodyki działania resocjalizującego), choć wspomagana jest zasadą eliminacji czynników blokujących możliwość indywidualnego rozwoju. Wynika to stąd, iż zaburzone zachowania (niedostosowane) przestają być funkcjonalne, a więc mają tendencję do redukcji, jeśli wyeliminuje się blokady rozwoju (działania etiotropowe) i odkryje się konstruktywne sposoby osiągnięcia własnych celów i realizowania osobiście znaczących wartości (działania ergotropowe).

1.4.3. Modele wsparcia (pomocy) w rozwoju a modele ryzyka i dobrego życia oraz ich zastosowanie w pozytywnej diagnozie resocjalizacyjnej

W działalności wspierającej pokonywanie zagrożeń rozwojowych mówi się o różnych modelach pomocy (wsparcia prawidłowego rozwo-

ju), które wpisują się w model ryzyka lub dobrego życia, ale mają też specyficzne znaczenie dla formułowania zasad diagnozy pozytywnej. Są to modele: kompensacyjny, moralny, oświatowy i medyczny (Brickmann, Kidder, Coates, Rabinowitz, Cohn, Karuza 1983; Brickmann, Rabinowitz, Karuza, Coates, Cohn, Kidder 1983; Brammer 1984; Kanfer, Goldstein 1985), których kryteria opisu, wyjaśniania (metodologia diagnozy) i działania postdiagnostycznego (metodyka resocjalizacji) są odmienne.

1. **Model kompensacyjny** — zakłada się w nim niską odpowiedzialność jednostki za problem, ale wysoką za jego rozwiązanie, jeśli zapewni się jej określony rodzaj wsparcia.

Człowiek potrzebuje zatem jedynie władzy, możliwości i kompetencji, których trzeba mu wstępnie dostarczyć. Sytuacja psychologiczna jednostki jest w tym modelu korzystna, ponieważ uświadamia sobie ona znaczenie własnych doświadczeń i rozumie własną sytuację, a także rozumie powody, które były źródłem jej dezadaptacyjnych zachowań (może to ograniczyć lęk przed społecznym naznaczeniem). Ponadto, mając poczucie podmiotowości w procesie zmiany, uczy się zaufania do siebie i samodzielności.

Jest to jedyny korzystny model wspierania rozwoju, gdyż spełnia warunki pomocy uzasadnionej (sprawiedliwej) i efektywnej (skutecznej, służącej wewnętrznej zmianie). Zapewnia bowiem wychowankowi aktywną kontrolę nad własnym życiem i sposobem wykorzystania pomocy w celu pokonania własnych problemów. Działaniem resocjalizacyjnym rządzi zatem zasada podmiotowości, decydująca o możliwości wykształcenia nieinstrumentalnej motywacji do wewnętrznej przemiany.

Model ten można umiejscowić w nurcie czy teorii kontroli (Tokarczyk 1997: 53–54), w którym zakłada się konieczność dostarczenia jednostce tych zasobów, których w dotychczasowym przebiegu rozwoju jej zabrakło, by mogły się ukształtować prawidłowe cechy i zachowania, czyniące jednostkę zdolną do bezkonfliktowego funkcjonowania w świecie. Zasoby te mogą, lub powinny, zostać wykorzystane przez nią w procesie wewnętrznej przemiany.

W kontekście diagnozy resocjalizacyjnej jej przedmiotem są głównie potencjały jednostki, które stanowią wsparcie procesu zmiany, choć, co oczywiste, konieczne jest także odniesienie się w rozpoznaniu diagno-

stycznym do przejawów zaburzeń, powiązanych z deficytami środowiskowymi, co pozwala określić mechanizm doświadczanych przez jednostkę problemów rozwojowych.

2. **Model moralny** — zwykle stosowany w resocjalizacji — zakłada się w nim wysoką odpowiedzialność za problem i jego rozwiązanie. Oznacza to, że jednostce nieprzystosowanej społecznie przypisuje się winę (odpowiedzialność) za problem, ale jednocześnie traktuje się ją jako zaradną i zdolną do samodzielnego rozwiązania go. Wynika to z faktu podmiotowego traktowania człowieka, dlatego ma on zawsze możliwość wyboru tego: kim jest i kim się staje. Decyzja o sposobie działania — zgodnego z normami *vs.* łamiącego normy społeczne — należy tu do podmiotu działającego. Leon Tyszkiewicz (1997) w swej koncepcji kryminogenezy, oprócz różnych czynników systemowo oddziałujących na jednostkę w toku całego jej życia wskazuje także dwie zmienne, które w procesie dewiacyjnym należy uwzględnić, czyli decydujące Ja i „luz decyzyjny”, co oznacza, że jednostka zawsze ma możliwość wyboru sposobów zaspokajania swoich niezwywalnych potrzeb, ale podejmuje decyzję, biorąc pod uwagę istotne dla niej czynniki, skłaniające ją do wyboru zachowań destrukcyjnych (dewiacyjnych) albo konstruktywnych (zgodnych z normami). Oczywiście, trzeba mieć na uwadze, że charakter decyzji i ów luz decyzyjny są zależne od całokształtu sytuacji życiowej jednostki i jej doświadczeń biograficznych. Jednak, jeśli weźmiemy pod uwagę opisany wcześniej fenomen *resilience* (dobrego przystosowania pomimo niesprzyjających warunków rozwojowych), można powiedzieć, że decyzja ta zawsze jest możliwa, choć trudność jej podjęcia jest różna w odmiennych jakościowo sytuacjach życiowych. Luz decyzyjny występuje w każdym przypadku, choć oczywiście także jego poziom jest różny. W tym kontekście wychowanek potrzebuje jedynie motywacji do konstruktywnego działania, co wiąże się z podstawowym dla tego modelu działaniem ukierunkowanym na wzbudzenie wewnętrznej motywacji do zmiany.

Walorem tego modelu jest to, że skłania się tu jednostkę do przyjmowania pełnej odpowiedzialności za swoje życie i rozwój, co kształtuje mechanizmy kontroli i poczucie sprawstwa. Jego słabość natomiast wiąże się z przekonaniem, że z każdym problemem jednostka może i powinna (ma moralny obowiązek) poradzić sobie sama, co alienuje jed-

nostkę z otoczenia społecznego, pozbawiając ją możliwości otrzymania wsparcia. Promuje jednak silnych i zaradnych, a także powoduje, że jednostka nabiera przekonania, iż jest samodzielna i sprawcza, co motywuje do zmiany. Problematiczny jest tutaj fakt, że jednostka zostaje obciążona odpowiedzialnością także za własne porażki (poczucie winy) i nie ma poczucia, że ktoś może jej pomóc w rozwiązaniu problemów (musi radzić sobie sama).

Przedmiotem diagnozy, i jednocześnie pracy resocjalizacyjnej, jest tu motywacja jednostki do zmiany, poziom tej motywacji (brak, niska, wysoka) oraz rodzaj (wewnętrzna, zewnętrzna, autoteliczna, instrumentalna). Jednocześnie jednak — skoro wychowanek ma mieć poczucie sprawstwa i podmiotowości w procesie dokonywania osobistej przemiany — ważna jest także identyfikacja jego osobistych potencjałów i dostępnych mu zasobów w środowisku życia, które stanowią bazę dla refleksyjnego, świadomego i odpowiedzialnego procesu zmiany. Jednostka wie „co powinna w sobie zmienić”, ale nie wie, w jaki sposób ma tego dokonać, i nie jest przekonana, że warto takiej zmiany dokonać (dlaczego jest to dla niej samej istotne). Nie mając także poczucia dysfunkcjonalności własnych zachowań dla samej siebie, nie jest motywowana do tego, by je zmieniać. Celem resocjalizacji jest zatem uzyskanie przez jednostkę poczucia wewnętrznej kontroli nad swoim losem i działaniem oraz nabranie przekonania, że podmiotowo kształtuje ona siebie i własne życie (motywacja wewnętrzna, autoteliczna), co musi poprzedzać uzyskanie świadomości, że przejawiane przez nią zaburzenia są „szkodliwe” dla niej samej (blokują możliwość ujawnienia się i rozwijania własnych potencjałów).

3. **Model medyczny** w działaniach wspierających rozwój wynika — w jego filozofii — z założenia o niskiej odpowiedzialności jednostki za wystąpienie jej problemów, ale jednocześnie braku kontroli nad ich rozwiązywaniem (możliwością i sposobami działania). Powoduje to, że człowiek jest tu traktowany przedmiotowo, a więc jako osoba potrzebująca gotowych rozwiązań, których trzeba jej stale dostarczać, ona sama bowiem nie jest w stanie poradzić sobie z własnymi problemami. Jednostka jest w tym modelu pozbawiona jakiegokolwiek wpływu na zmiany, jakie się w jej życiu i zachowaniach dokonują, a jednocześnie czuje się zwolniona z jakiegokolwiek odpowiedzialności za swój los (i rozwój), bo nic od niej nie zależy.

Model ten promuje władzę wychowawcy nad procesem rozwoju wychowanka, dając mu ogromną swobodę decydowania i działania (może to prowadzić do nadużywania władzy), wychowawca zaś traktowany jest jako jedyne źródło wsparcia. Jednocześnie, choć zapewne niecelowo, wychowawca może powodować, że w osobie niedostosowanej społecznie kształtuje się poczucie stałego uzależnienia od pomocy z zewnątrz, co pociągać może za sobą bądź wyuczoną bezradność, bądź formowanie się postawy eksploatorskiej. Ogólnie jednak zawsze obie sytuacje w rezultacie pogarszają funkcjonowanie jednostki nawet w sferach wcześniej niezaburzonych (P o p i o ł e k 1995: 58–61). Model ten prowadzi zatem do bezwolności wychowanka i blokuje jego autonomiczny rozwój.

Diagnoza ma tu charakter głównie negatywny, koncentrując się na całej biografii jednostki (przeszłość, teraźniejszość i przyszłość) w aspekcie jej deficytów, których ona sama przewyciężyć nie może ze względu na swą przeszłość i przewidywaną przyszłość (zawsze niezależną od jednostki).

Obraz człowieka — jako osoby, która wymaga stałego wsparcia, nie posiada bowiem dyspozycyjnych zasobów i nie ma możliwości ich wykształcić w taki sposób, by radzić sobie samodzielnie — jest tu bardzo negatywny. Jego możliwości do dokonywania wewnętrznej przemiany w sposób autonomiczny są wyraźnie dyskredytowane. Nie ma też dostępu do zasobów tkwiących w środowisku jego życia, które mogłyby wykorzystać w procesie autonomicznej, wewnętrznej przemiany (brak odpowiedzialności za przeszłość i przyszłość).

4. Model oświatowy określa wysoka odpowiedzialność za powstały problem, ale niska za jego rozwiązanie. Model ten sprzyja kształtowaniu się negatywnego obrazu własnej osoby (jako słabej, niedoskonałej), kreowaniu postaw zależnościowych, braku samodzielności w rozwiązywaniu własnych problemów. Powoduje to, że jego ideologicznym nakazem jest wysoki stopień podporządkowania się społecznej kontroli (autorytetom), ze względu na brak przekonania o możliwości samodzielnego radzenia sobie.

Model ten w swej filozofii myślenia o naturze człowieka jest najbardziej negatywny, wynika bowiem z założenia o dyspozycyjnie uwarunkowanej odpowiedzialności za własną sytuację (człowiek jest winny za

to, kim się stał), a jednocześnie zwalnia z odpowiedzialności za trud własnej przemiany i pozbawia się go „władzy” (kontroli) nad własnym losem (człowiek nie posiada zasobów, które może wykorzystać w procesie zmiany). Innymi słowy, jest to model, który powoduje utratę wiary we własne siły, wzmagając poczucie winy i poniżenia, tym bardziej że osiągnięte efekty są wynikiem jedynie dyscypliny zewnętrznej, nie promują natomiast wewnętrznej przemiany. Jest to model najbliższy modelowi ryzyka, choć nawet w stosunku do wad tego ostatniego jeszcze bardziej ogranicza środki działania.

W aspekcie diagnostycznym odnosi się głównie do identyfikacji symptomów zaburzeń, które modyfikowane są zgodnie z przyjętą filozofią działania autorytetu wychowującego (model behawioralny diagnozy i interwencji).

Oceniając skrótowo scharakteryzowane modele wsparcia w rozwoju: modele oświatowy i medyczny uprzedmiotawiają jednostkę w sposób „totalny”, model moralny zaś pozbawia jednostkę wsparcia dostępnego we wspólnocie. Ostatecznie więc ich rezultaty nie mogą być pozytywne w kontekście kształtowania się w jednostce poczucia wewnętrznej kontroli nad procesem zmiany (podmiotowość i poczucie sprawstwa) i jej ukierunkowaniem (projektowane i osiągnięte cele rozwojowe). Jedyнным modelem, w którym podmiotowo traktuje się jednostkę, a zarazem nie pozbawia się jej koniecznego wsparcia we wspólnocie, jest model kompensacyjny, który odzwierciedla w części założenia modelu dobrego życia.

Model ryzyka można zatem utożsamić z modelem moralnym, a także częściowo z modelem oświatowym i medycznym, gdyż bądź zakłada się w nich brak podmiotowości w procesie zmiany (model oświatowy i medyczny), bądź pozbawia się jednostkę koniecznego, choć wstępnego, wsparcia w tym procesie — podmiotowość ograniczona jest tu do przyjęcia odpowiedzialności za własne problemy (wina), która wyznacza konieczność „pokuty” — kary (model moralny). Modele te obowiązują dotąd w resocjalizacji, wynikają bowiem z założenia o istnieniu najogólniej wewnętrznych, dyspozycyjnych czynników zła i zewnętrznych motywatorów skłaniających do wyboru dobra. Wskazuje to na fakt, że człowiek jest istotą zdeterminowaną zarówno wówczas, gdy wybiera zło (proces wykolejenia), jak i wówczas, gdy podejmuje trud przemiany

(proces resocjalizacji), która zawsze jest instrumentalna, bo zewnętrznie determinowana.

Model dobrego życia można zaś ulokować w modelu kompensacyjnym, gdyż wskazuje on najogólniej, niezależne od jednostki, zewnętrzne czynniki wyboru zła (proces wykołejenia), ale wewnętrzne czynniki wyboru dobra (proces resocjalizacji).

Analiza modeli pomocy w rozwoju w kontekście diagnozy resocjalizacyjnej wymaga odniesienia się do podstawowych założeń teoretycznych, dotyczących zjawiska niedostosowania społecznego. Można zatem odnieść się tutaj bądź do podejścia klasycznego, bądź do podejścia charakterystycznego dla nurtu kontroli.

W pierwszym, klasycznym, podejściu zakłada się, że niedostosowanie społeczne jest wynikiem zadziałania różnych niekorzystnych czynników (społecznych lub psychologicznych). Konsekwencją tego stanowi przyjęcie założenia o konieczności eliminowania tych czynników w procesie resocjalizacji, co w efekcie doprowadzi do resocjalizacji wychowanka. Tego typu działania są charakterystyczne dla modelu ryzyka.

W nurcie kontroli natomiast kładzie się nacisk na brak lub niewykształcenie się pewnych cech i właściwości jednostki, co powoduje, że jednostka staje się podatna na działanie owych niekorzystnych czynników społecznych i psychologicznych, co prowadzi ją w rezultacie do rozwoju zachowań dezadaptacyjnych (niedostosowanych). Ponieważ główny czynnik zaburzeń stanowi brak kontroli, która nie mogła się wykształcić w jednostce, resocjalizacja jest tu inaczej rozumiana (inaczej jest stanowiony jej cel). Resocjalizacja nie polega tylko na eliminacji czynników pierwotnych, które hamowały prawidłowy rozwój psychospołeczny, ale głównie wiąże się z tworzeniem warunków, by właściwości chroniące przed zaburzeniami mogły się rozwinąć. Podejście to jest właściwe dla modelu dobrego życia, w aspekcie działaniowym zaś nastawione nie tylko na eliminowanie negatywnych czynników rozwoju, ale przede wszystkim na wspieranie i realizowanie pozytywnego programu rozwoju. Nurt kontroli wymaga zatem pozytywnego podejścia do wychowanka zarówno w kontekście diagnozy pozytywnej (potencjałów, zasobów, wartości znaczących), jak i działania wychowawczo-resocjalizacyjnego opartego na odkrytych wspólnie z wychowankiem jego „mocnych stronach”. Model resocjalizacji pozytywnej odnosi się zatem pierwotnie do

nurtu kontroli, w którym umiejscowić można model dobrego życia i model kompensacyjny, co powoduje, że podstawowym podejściem w resocjalizacji winno być to, które jest łączone z salutogenetycznym ujęciem procesu rozwoju i zaburzeń rozwojowych. Generalnie jednak, także w podejściu salutogenetycznym nie wyklucza się znaczenia patogenezy, ale traktowanej jedynie jako element wspomagający efektywne oddziaływania resocjalizacyjne, co przyczynia się pierwotnie do zrozumienia mechanizmu blokującego prawidłowy rozwój. Działania resocjalizacyjne muszą zatem odnosić się głównie do potencjałów jednostki, bazowanie na nich bowiem zarówno sprzyja uświadomieniu sobie przez jednostkę niedostosowaną swoich problemów lub osobistej dysfunkcjonalności zaburzonych zachowań, jak i służy odkrywaniu własnych możliwości i dostarcza środków do uczenia się konstruktywnych zachowań. Zmiana jest autonomiczna, wewnętrzna i racjonalna (świadomie podejmowana decyzja).

1.4.4. Model komplementarny pomocy w rozwoju jako egzemplifikacja pozytywnej diagnozy resocjalizacyjnej i pozytywnej resocjalizacji – uzasadnienie modelu

W obowiązującym modelu resocjalizacji jednostka nieprzystosowana społecznie jest analizowana w paradygmacie porównywania jej z osobami prawidłowo przystosowanymi, a więc ocenia się dystans, jaki dzieli ją od społecznie określonej normy. Można więc stwierdzić, że jest postrzegana przez pryzmat zła, miarą sukcesu resocjalizacyjnego zaś czyni się kryterium zmniejszające jej dystans wobec tego, co uznane zostało za normalne. Nie analizuje się natomiast mechanizmów tej zmiany, a więc nie dowodzi się tego, czy „struktury zła zostały ograniczone dlatego, że powstały struktury dobra, czy tylko dlatego, że uniemożliwiono ich aktywność poprzez system zewnętrznych rygorów” (O s t r o w s k a 2010: 117). Te proste słowa stanowią wystarczającą przesłankę do traktowania resocjalizacji jako procesu wewnętrznej przemiany, której funkcjonalnie służą: odkrywanie potencjałów i ich wykorzystywanie w kształtowaniu „struktur dobra”.

Komplementarny model działań diagnostyczno-resocjalizacyjnych powinien stanowić egzemplifikację obu modeli: ryzyka i dobrego życia,

jednak z przesunięciem w kierunku diagnozy i resocjalizacji pozytywnej, podkreślającej znaczenie odkrywania i opierania się w procesie zmiany na zasobach (potencjałach) jednostki niedostosowanej społecznie, co odzwierciedla zasady zarówno działania skutecznego (prakseologii działania), jak i działania humanistycznego (podmiotowość jednostki w procesie zmiany). Innymi słowy, model dobrego życia (humanistyczny, podmiotowy) powinien stanowić punkt wyjścia w diagnozie i projektowaniu postdiagnostycznym, model ryzyka zaś może pełnić w resocjalizacji jedynie funkcję pomocniczą, służąc głównie identyfikowaniu i eliminowaniu istniejących blokad rozwoju.

Zadając sobie pytanie o to, czy resocjalizacja może być pozytywna, trzeba określić warunki pozytywnej resocjalizacji, wpisujące się we wciąż słabo zaznaczający w rodzimej literaturze przedmiotu (z zakresu pedagogiki resocjalizacyjnej) dyskurs o naturze ludzkiego życia i jego determinantach, które formułowane są w „negatywnych” naukach społecznych, stanowiących ciągle dominujące podejście do zaburzeń przystosowawczych.

Z pewnością warunki te odzwierciedlają w części założenia modelu dobrego życia, skorelowanego jednak z modelem ryzyka (model komplementarny). Zmianie ulega tylko przypisywane im znaczenie w kontekście ich dominacji w praktyce i teorii resocjalizacji. Szeroko te kwestie opisuje Krystyna Ostrowska (2008; 2010), a choć wykorzystuje inną terminologię i do odmiennych odniesień teoretycznych sięga — istota jej wywodu prowadzi do podobnej konstatacji: konieczności takiego działania resocjalizacyjnego, które sprzyjać będzie nieinstrumentalnej wewnętrznej przemianie jednostki, co może dokonać się jedynie wedle dominującej zasady „kreacji” (model dobrego życia, resocjalizacja kreatywna, twórcza), z pomocniczym znaczeniem w tym procesie zasady „eliminacji” (model ryzyka, resocjalizacja korektywna, eliminująca).

Konieczne staje się zatem — od dawna postulowane, ale w niewielkim stopniu realizowane — odwrócenie sposobu myślenia o naturze resocjalizacji, czyli odejście od dominacji perspektywy wyznaczającej koncentrację na redukcji dynamicznych (pierwotnych i znaczących) czynników ryzyka dla rozwoju jednostki (eliminowanie deficytów), w kierunku dominacji perspektywy wzmacniania odkrywanych przez nią samą osobistych potencjałów (wartości znaczących i dyspozycji umożliwiających

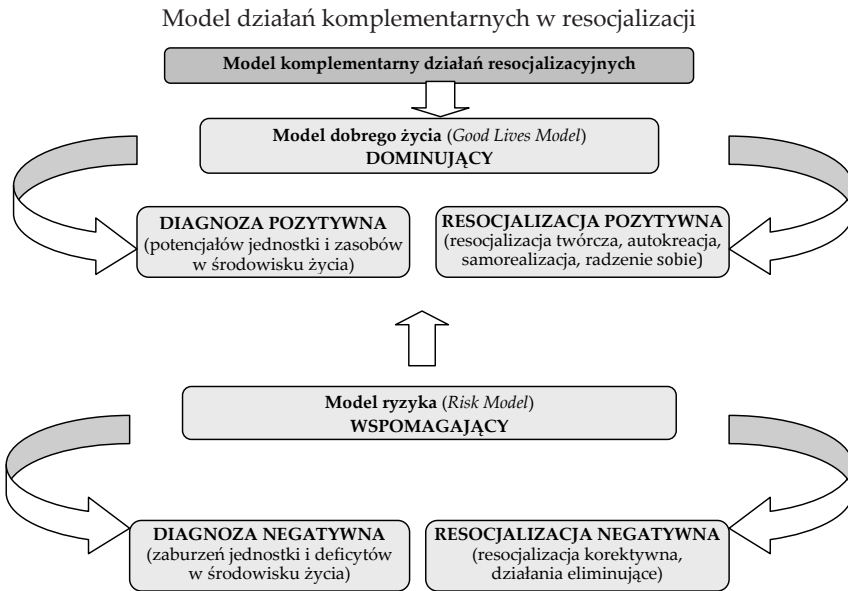
ich realizację). Można bowiem założyć, że koncentracja na realizacji pożądaných wartości i celów, z jednoczesnym wskazaniem i dostarczeniem możliwości ich realizowania w sposób nieprzestępczy (kompensacyjny model pomocy), naturalnie i „nieinwazyjnie” eliminuje lub kompensuje czynniki ryzyka, dlatego zachowania destrukcyjne przestają być funkcjonalne (ich funkcje przejmują działania konstruktywne).

Jeśli tak podejmiemy do procesu resocjalizacji, staje się on wówczas procesem pomocy w osiąganiu znaczących dla jednostki wartości, co immanentnie wiąże się z odkrywaniem oraz wykorzystaniem metod i środków akceptowanych społecznie (zachowania normatywne). Eliminuje to potrzebę, czyli subiektywnie odczuwaną konieczność, wykorzystywania zachowań przestępczych (niedostosowanych), których celem jest zaspokajanie naturalnych i niezbywalnych potrzeb jednostki.

Resocjalizacja ostatecznie może być ujmowana jako proces odkrywania własnych potencjałów i uczenia się realizowania wartości w sposób społecznie akceptowany. W takim ujęciu obu analizowanych modeli nie można traktować jako alternatywnych sposobów działania (model ryzyka oparty na odkrywaniu i eliminowaniu ograniczeń i deficytów, model dobrego życia zaś — na odkrywaniu i wzmacnianiu zasobów i potencjałów), ale jako wobec siebie komplementarne (schemat 3). Jest to podejście zapewne bardziej efektywne, ale wymaga uwzględnienia złożonych zależności pomiędzy czynnikami zagrożeń (deficyty, stresory), czynnikami wsparcia (zasoby, potencjały) a efektami wychowawczo-resocjalizacyjnymi (przemiana wewnętrzna).

Uzasadnienie modelu komplementarnego wynika z prostej konstatacji, że jednostka — każda i zawsze — rozwija się w procesie ciągłej konfrontacji z niesprzyjającymi rozwojowo czynnikami, wykorzystując dostępne jej — lub odkrywane przez nią (model dobrego życia) i dostarczane (model kompensacyjny) — czynniki chroniące, co skutkuje umiejętnością radzenia sobie w sposób konstruktywny z doświadczanymi trudnościami w realizacji własnych celów — wartości. Ostatecznie dowodzą tego badania prowadzone w nurcie kontroli oraz w ramach koncepcji *resilience* i koncepcji salutogenezy. Efektem działań resocjalizacyjnych, a pierwotnie diagnostycznych, powinna być zatem samoświadomość w obszarze własnych potencjałów (zasada autodiagnozy) i zdolność do działania konstruktywnego podejmowanego w celu samorealizacji (zasada auto-

Schemat 3



Źródło: Opracowanie własne

determinacji) oraz eliminacja postaw bezradnościowych (zasada kontroli), które łącznie stanowią wyznaczniki zapobiegania patologiom i zagrożeniom (czynniki chroniące).

Jak wynika ze wskazanych koncepcji, człowiek odporny na zagrożenia i zdolny do autonomicznego rozwoju musi wykształcić w sobie kilka niezwykłych i priorytetowych cech (R i c o e u r 1992, 2003, por. G i d d e n s 2004):

- a) świadomość (i samoświadomość) — wiedza o sobie (*kim jestem i dlaczego*),
- b) sprawność (umiejętności i kompetencje potrzebne w procesie zmiany),
- c) określoną tożsamość (*kim chcę i kim mogę się stać oraz co to uzasadnia*),
- d) poczucie odpowiedzialności za siebie i otaczający go świat (motywacja do działania realizującego autoprojekt — Ja i proponowany, ale uzasadniony dobrem wspólnym projekt otaczającego świata — „Świat”).

Mówiąc prosto: człowiek musi *wiedzieć, kim jest* (samoświadomość), *chcieć być tym, kim jest* (motywacja), *mieć możliwość bycia tym, kim chce być*

(warunki życia i osobiste kompetencje) oraz *odpowiedzialnie realizować swój autoprojekt w zgodzie ze światem* (wierność sobie i „poszerzone Ja”). Są to kategorie pozytywnego myślenia o sobie, własnych potencjałach i możliwościach ich realizacji, których nie da się wykształcić przez redukcję „kategorii negatywnych” (eliminacja zaburzeń i ich źródeł).

Analizując niedostatki refleksji naukowej i wynikającej z niej praktyki działań społecznych, można je sprowadzić głównie do braku uwzględnienia podstawowego prawa rozwoju ludzkiej świadomości i tożsamości: pierwotnego odrzucenia i wtórnego włączenia (Erikson 2004). Nie można zaprzeczyć, że człowiek najpierw konstruuje siebie i otaczający go świat wedle reguły: *jakim być nie chce i jakiego świata nie oczekuje*. Ta refleksja „negatywna” – jak wskazują psychologowie pozytywni – jest, nie ma zaś „pozytywnej”. Logika rozwoju negatywnych nauk społecznych bowiem (deficytowy człowiek w deficytowym świecie) skutkuje założeniami realizowanymi w nurcie resocjalizacji negatywnej. Kolejnym dopiero krokiem w ludzkim rozwoju jest włączenie myślenia o kreowaniu siebie i świata wedle zasady: *jakim być chcę i jakim świat pragnę uczynić*. Tej refleksji niewątpliwie brak lub nie uzyskuje ona statusu realizowanej w praktyce resocjalizacyjnej. Pozytywne nauki społeczne i resocjalizacja pozytywna pozostają ciągle w sferze zamierzeń i abstrakcyjnej refleksji, nieprzekładanych na zasady działania w praktyce działań społecznych.

Zwolennicy działań kreatywnych, traktowanych jako dominujące, wysuwają wiele argumentów potwierdzających zasadność koncentrowania się na systemie racjonalnych działań inicjujących, wzmacniających lub podtrzymujących postawy prospołeczne, w których preferuje się tzw. pozytywne sposoby i środki działania służące kreacji pozytywnej, a więc rozwijaniu zjawisk pożądaných społecznie (i korzystnych indywidualnie), w taki sposób, by naturalnie wypierały one zjawiska niepożądane (Bła ch u t, G a b e r l e, K r a j e w s k i 1999: 469).

Resocjalizacja pozytywna (O s t r o w s k a 2010) i resocjalizacja twórcza (K o n o p c z y Ń s k i 1996, 2006), opierając się na założeniach psychologii pozytywnej, koncepcji poznawczej człowieka, z odniesieniem do koncepcji interakcyjnych, odwołują się – najogólniej rzecz ujmując – do kreacyjnych potencjałów jednostki społecznie niedostosowanej. Podstawowe ich założenie pozwala definiować resocjalizację jako proces

rozwoju osobowego i społecznego, w przeciwieństwie do założeń tzw. resocjalizacji negatywnej, odwołującej się do mechanizmów korekcji lub psychokorekcji.

W kontekście opisywanego modelu warto także przyjrzeć się teorii autodeterminacji Edwarda L. Deciego i Richarda M. Ryana (R y a n, D e c i 2001: 146, por. D e c i, R y a n 2000 a, b), w której człowiek postrzegany jest jako aktywny organizm posiadający potencjał do działania, czyli system zdolny do samoregulacji, mający możliwość samorozwoju i integrowania swojego funkcjonowania (osiągania spójności wyznaczającej poczucie dobrostanu). Źródła tego potencjału można określić jako wewnętrzne (popędy, emocje) i zewnętrzne (środowisko życia). Aktywność podmiotu stającego się musi być jednak optymalnie dostosowana do potencjałów jednostki i wymagań środowiska jej życia. Oznacza to, że rozwój jest możliwy wówczas, gdy jednostka może realizować własne potrzeby w środowisku życia.

Głównym pojęciem wykorzystywanym w tej teorii są potrzeby, definiowane jako uniwersalne i konieczne dla rozwoju człowieka mechanizmy go wyznaczające. Do potrzeb podstawowych w tym obszarze zalicza się potrzeby: autonomii, kompetencji i relacji z innymi.

Potrzeba kompetencji określana jest przez pragnienie odczuwania własnej efektywności i skuteczności w działaniu w środowisku, co powiązane jest w sposób naturalny z poczuciem sensu podejmowanych przez jednostkę działań.

Potrzeba autonomii odnosi się do subiektywnego poczucia, że jest się przyczyną zdarzeń, których jednostka doświadcza w życiu, co związane jest także z poczuciem możliwości dokonywania przez jednostkę wyboru, kierowanego przez uznawane i odczuwane jako znaczące wartości.

Potrzeba relacji dotyczy interakcji z innymi ludźmi, poczucia więzi z innymi, przywiązania, doświadczania wsparcia, opieki i troski ze strony innych ludzi. Człowiek jest elementem świata społecznego, bez którego jego funkcjonowanie jest niemożliwe, musi zatem układać własne stosunki z innymi w sposób zapewniający mu realizowanie tej potrzeby.

Zaspokojenie tychże potrzeb stanowi wyznacznik rozwoju już od najwcześniejszych okresów życia, ich deficyty zaś są związane z zaburzeniami rozwojowymi. Deficyt tych niezbywalnych potrzeb powoduje negatywne stany emocjonalne, pasywność, brak zadowolenia z życia

i tendencję do lękowej alienacji. Potrzeby są niewątpliwie podstawą stanowienia osobistych celów życiowych (wartości wyznaczające cele są pochodną potrzeb), ich optymalne określenie zaś staje się podstawą prawidłowego rozwoju, co z pewnością musi być związane z odkrywaniem własnych potencjałów, pozwalających je w sposób adekwatny do własnych możliwości realizować. W koncepcji tej mówi się też o różnych celach – „wyższych”, wewnętrznych, autotelicznych (np. rozwój osobisty, rozwój relacji, aktywność prospołeczna) i „niższych”, zewnętrznych, instrumentalnych (np. zdobywanie dóbr materialnych, sławy, atrakcyjny wizerunek własny). Pierwsze są podstawą świadomej, celowej i planowej autokreacji, drugie natomiast dają jednostce chwilowe zadowolenie z uzyskiwanych gratyfikacji (Ry a n, D e c i 2000: 323; Ry a n, D e c i 2001: 153). Ponieważ wskazuje się na powiązania pomiędzy stanowieniem celów zewnętrznych a zachowaniami ryzykownymi i zaburzeniami osobowości (W i l l i a m s, C o x, H e d b e r g, D e c i 2000: 1756–1771), można sądzić, iż zastosowanie tej teorii w resocjalizacji ma uzasadnienie. W tym ujęciu resocjalizacja polegałaby na uaktywnianiu celów wyższych, dokonującym się wówczas, gdy podstawowe dla prawidłowego rozwoju potrzeby: kompetencji, autonomii i relacji, są zaspokojone.

Dzięki potrzebie kompetencji człowiek jest wewnętrznie zainteresowany własną aktywnością, będąc otwarty na nowe doświadczenia uczące, co powoduje, że chętnie uczy się nowych rzeczy. Wspomaga to potrzeba autonomii, dzięki której jednostka ma poczucie, że jest kreatorem własnego życia, podmiotem je tworzącym wedle znaczących dla siebie wartości i dokonującym wyboru. Prawidłowy rozwój i funkcjonowanie człowieka zależą bowiem nie tylko od tego, czy jednostka postrzega siebie jako osobę kompetentną, skuteczną i efektywną, ale także, czy postrzega własne zachowanie jako „wewnątrzpochodne” (wewnętrznie sterowane) i zgodne z osobistymi pragnieniami. Nie wyklucza to jednak zależności od innych ludzi, a więc realizowania potrzeby relacji, której zaspokajanie może odbywać się za pośrednictwem różnych aktywności (budowanie, podtrzymywanie relacji, pomaganie i wspieranie innych). Jednostka ma jednocześnie potrzebę wsparcia ze strony innych, jak i wspierania innych (F r o m m 2005). Dzięki prawidłowym relacjom zdobywa konieczne rozwojowo wsparcie społeczne, udzielając go zaś, zdobywa poczucie bycia potrzebnym i kompetentnym, akceptowanym,

ale też autonomicznym. Rozwijają się w niej zaufanie interpersonalne i poczucie skuteczności, które są pozytywnie skorelowane z odczuwaną jakością życia, stanowiącą swoisty ekwiwalent dobrego przystosowania (Skarżyńska 2002, 2003).

Model salutogenezy, model dobrego życia czy też model kompensacyjny, które wskazują jako podstawowe dla tworzenia założeń teoretycznych resocjalizacji pozytywnej (diagnozy pozytywnej i działań kreatywnych), niewątpliwie pozwalają realizować wszystkie ze wskazanych w teorii autodeterminacji potrzeby, traktowane jako podstawowe dla prawidłowego rozwoju, a więc i także dla procesu autonomicznej zmiany, która winna być celem resocjalizacji. Zgodnie bowiem z dosyć oczywistymi założeniami tej koncepcji, człowiek dąży do tworzenia sytuacji, które sprzyjają zaspokajaniu potrzeb, unika zaś takich, w których ich realizacja bywa udaremniona jakimś czynnikiem, co stanowi wyznacznik prawidłowego rozwoju. Jednak w niektórych przypadkach jest to ograniczone różnymi (wewnętrznymi lub zewnętrznymi) czynnikami, dlatego ludzie wybierają czasem swoistą „drogę na skróty”, czyli kierują się krótkotrwałymi gratyfikacjami, dostępnymi „tu i teraz”, pozyskiwanymi w sposób pozanormatywny (jako jedynie dlań dostępny), a nie wyższymi racjami i wartościami, które dają możliwość długofalowego zaspokajania potrzeb i tym samym rozwoju. W pewnym zakresie teoria ta tłumaczy charakterystyczną dla jednostek niedostosowanych niezdolność do odraczania gratyfikacji, a jednocześnie wskazuje na blokady prawidłowego rozwoju psychospołecznego, determinowane pierwotnie niezaspokojeniem istotnych dla tegoż rozwoju potrzeb (mechanizm zaburzeń). Wskazuje także znaczenie wczesnodziecięcych doświadczeń z samym sobą, powodujących ukształtowanie się (bądź nie) pozytywnych przekonań na temat własnej osoby (potrzeba kompetencji i autonomii) oraz świata i relacji z nim (potrzeba relacji). Można zatem za pierwotny uznać mechanizm zaburzeń związany z brakiem podstawowego zaufania do siebie (niezaspokojenie potrzeb kompetencji i autonomii) oraz innych ludzi (niezaspokojenie potrzeb relacyjnych i potrzeby wsparcia — otrzymywanego od innych i danego innym).

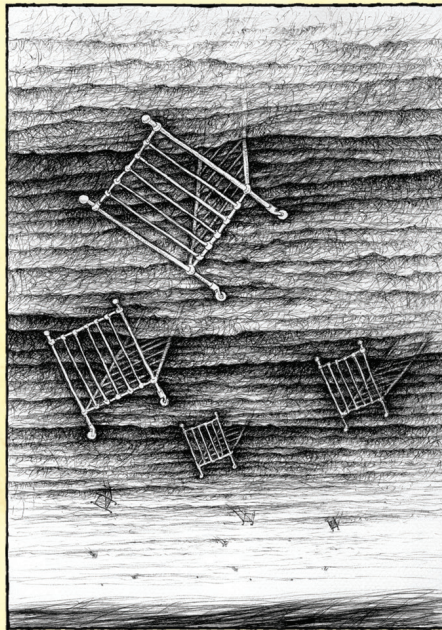
Ponieważ traktuję resocjalizację jako proces działania komplementarnego, uwzględniającego jako dominujące mechanizmy kreacyjne (model

dobrego życia), jako jedynie pomocnicze zaś — mechanizmy korekcyjne (model ryzyka), dokonam krótkiej charakterystyki jednostki niedostosowanej społecznie i samego zjawiska, w ujęciu charakterystycznym dla obu podejść: głównie kreatywnego i pomocniczo korektywnego.

Rozdział 2

Diagnoza pozytywna i negatywna w resocjalizacji

– konkretyzacja założeń
teoretycznych i metodologicznych



*„Ludzka skłonność do stwarzania fikcyjnych i urojonych światów
leży u podstaw wiedzy o świecie prawdziwym”*

Ludzka skłonność do stwarzania fikcyjnych i urojonych światów leży u podstaw wiedzy o świecie prawdziwym

(Deręgowski 1999: 401)

Wprowadzenie

Chcąc dokonać opisu, zrozumieć i wyjaśnić zjawisko niedostosowania społecznego, konieczne jest — co oczywiste — uwzględnienie dwóch podstawowych obszarów diagnozy i dwóch zakresów wynikającego z niej działania resocjalizacyjnego:

a) obszaru diagnozy indywidualnej, osobniczej (wewnętrznej) i oddziaływań ukierunkowanych na kształtowanie dyspozycji jednostkowych (diagnoza — pozytywna i negatywna; działania modyfikujące — kreatywne i eliminujące);

b) obszaru diagnozy środowiskowej, wychowawczej (zewnętrznej) i oddziaływań skierowanych na tworzenie warunków rozwoju i życia jednostki niedostosowanej społecznie (diagnoza — pozytywna i negatywna; działania modyfikujące — kreatywne i eliminujące).

Oba te obszary i zakresy działania są jednak immanentnie — systemowo i funkcjonalnie — z sobą powiązane. Metaforycznie ujmując tę kwestię, można stwierdzić, że świat życia odzwierciedla się w człowieku (wyznacza to, kim jednostka się staje), człowiek zaś odzwierciedla się w świecie własnego życia (jest źródłem/autorem zmian, jakie się w nim dokonują).

W opracowaniu przyjęto koncepcje teoretyczne wyznaczające obszar diagnozy w ujęciu głównie salutogenetycznym (pozytywnym) i pomocniczo patogenetycznym (negatywnym). Dokonano charakterystyki

osobowości jednostki, traktując jej rozwój jako rezultat systemowych współzależności i ustosunkowań wobec świata, wykorzystując koncepcję *resilience* jako swoistą siłę życiową i kreacyjną, koncepcję salutogenezy jako model myślenia o zdrowiu bio-psycho-społecznym i duchowym człowieka, a także teorię autodeterminacji wskazującą główne mechanizmy zaburzeń. Koncepcje te można rozwijać w nurcie poznawczym, co będzie w części przedmiotem analiz w tym rozdziale.

W poznaniu diagnostycznym można przyjąć – analogicznie do wskazanych uprzednio obszarów i zakresów diagnozy – także dwie perspektywy postrzegania i zarazem źródła informacji o badanym:

a) perspektywę obiektywną, zewnętrzną: sposób postrzegania funkcjonowania jednostki przez obserwatorów zewnętrznych, którzy stanowią podstawowe źródło informacji;

b) perspektywę subiektywną, wewnętrzną: sposób postrzegania własnego funkcjonowania przez osobę badaną, która stanowi główne i niezbywalne źródło informacji o sobie.

Obie te perspektywy są niewątpliwie bardzo istotne w poznaniu człowieka, jednakże ważniejsza jest w przyjętej perspektywie pozytywnej, zakładającej podmiotowość, autonomiczność i kontrolę jednostki nad procesem własnego rozwoju, subiektywna ocena zasobów, potencjałów oraz trudności czy też deficytów rozwojowych. Przyjęcie jako zasadniczej dla oceny diagnostycznej perspektywy jednostki i sposobu postrzegania przez nią siebie w świecie lokuje podstawy teoretyczne diagnozy w koncepcjach poznawczych i interakcyjnych. Nie ma bowiem wątpliwości, że to, jak jednostka doświadcza swego życia (postrzega i ocenia siebie oraz świat, w którym żyje), ma dla niej podstawowe znaczenie rozwojowe (destruktywne *vs.* konstruktywne). Nie da się jednak zaprzeczyć, że dla diagnozy resocjalizacyjnej, bezpośrednio powiązanej z działaniem interwencyjnym, modyfikującym czy optymalizującym funkcjonowanie i rozwój jednostki, ważna jest także obiektywna ocena świata po to, by projektować działania ukierunkowane dwutorowo: na jednostkę i na jej świat życia. Celem podstawowym tych działań winna być jednak zawsze zmiana sposobu postrzegania rzeczywistości przez jednostkę niedostosowaną społecznie w taki sposób, by chciała swój świat kształtować i potrafiła bronić się przed zagrożeniami w nim występującymi.

2.1. Zrozumieć niedostosowanie społeczne – model teoretyczny, czyli ogólnie o obszarach diagnozy pozytywnej i negatywnej

W obu przyjętych obszarach – indywidualnym i środowiskowym – i w obu perspektywach – subiektywnej i obiektywnej – oceny zjawiska niedostosowania społecznego identyfikować musimy zarówno zasoby, jak i deficyty (diagnoza pozytywna i negatywna), jednakże inaczej i zawsze indywidualnie (oraz systemowo) je interpretujemy w kontekście znaczenia rozwojowego dla danego przypadku. Jednostka i jej świat życia powiązane są bowiem interakcyjnie – człowiek kształtowany jest przez warunki życia, które ulegają też zmianie na skutek tego, jak on sam działa w świecie. Zmiany w jednostce i w świecie jej życia mogą zatem mieć charakter pozytywny – progresywny (konstruktywny) lub negatywny – regresywny (destrukcyjny). Zmienną pośredniczącą w systemie tych oddziaływań może być np. zjawisko *resilience* lub poczucie koherencji, a także autodeterminacji, które da się wpisać w poznawczą koncepcję osobowości. Koncepcje opisujące i wyjaśniające wskazane cechy (zmienne), ważne z perspektywy ludzkiego rozwoju (i jego powodzenia), scharakteryzowane zostały wstępnie wcześniej (rozdział 1), w tym miejscu zaś zostaną one poddane analizie w sposób bardziej pogłębiony.

2.1.1. Charakterystyka i wyznaczniki procesu rozwoju

Zrozumienie procesu zaburzeń adaptacyjnych wymaga poczynienia refleksji w obszarach określających rozwój i jego wymiary, co wiąże się z koncepcją rozwoju jako cyklu kryzysów, które występują w sposób naturalny w życiu człowieka (E r i k s o n 2004). Kryzysy te muszą zostać pokonane, by nie powodować także naturalnie wynikającej z braku ich rozwiązania psychopatologii. Jednak proces ten nie jest łatwy, a o jego sukcesie decyduje wiele czynników i mechanizmów, mogących bądź wspierać, bądź zaburzać ludzki rozwój. Przypomnę, że to, w jaki sposób „człowiek się staje”, zdeterminowane jest przez sposób postrzegania i doświadczania własnej przeszłości, przyszłości i teraźniejszości (E c c o 2005). Wbrew pozorom, nawet przeszłość nie jest niezmienna,

można bowiem dokonać jej restrukturyzacji we własnym umyśle (systemie poznawczym), postrzeganie zaś własnej biografii we wszystkich perspektywach jest dynamiczne, a perspektywy te są interakcyjnie z sobą powiązane. Życie człowieka jest bowiem immanentnie powiązane z torem rozwoju tego życia. Różni się ono jednak od metaforycznej „drogi życia”, ponieważ w metaforze drogi przyjęto założenie, że jest się zawsze w pewnym ściśle określonym miejscu i momencie („tu i teraz”), odcina się przeszłość (bo już była) i przyszłość (bo dopiero będzie). Proces rozwoju obejmuje jednocześnie całą biografię jednostki, wyznaczają go zaś trzy perspektywy widzenia siebie w świecie, obejmujące łącznie trzy perspektywy czasowe: przeszłość, terażniejszość i potencjalną przyszłość. Jak wskazuje Elżbieta S u j a k (1992: 28) — człowiek jest jednocześnie w toku życia w każdym momencie swojej przeszłości, w punkcie dojścia („tu i teraz”) i w punkcie wyjścia (przeszłość).

O rozwoju człowieka decyduje wiele mechanizmów, które ujęto w wąskiej, jednak dominującej w myśleniu o zaburzeniach rozwojowych, perspektywie poznawczej, „wzbogaconej” powiązaniami z mechanizmami *stricte* poznawczymi oraz czynnikami (mechanizmami) społecznymi. Oczywiście stanowi, że wyizolowanie tych mechanizmów z całego spektrum uwarunkowań ludzkiego rozwoju jest zabiegiem sztucznym i ograniczającym poznanie. Jednocześnie jednak tworzy dobrą bazę do działań resocjalizacyjnych, gdyż w warunkach resocjalizacji izolacyjnej (a zwykle także „otwartej”) dysponujemy niewielkimi możliwościami oddziaływania na całą sytuację życiową jednostki niedostosowanej społecznie. Można powiedzieć, że tak naprawdę dysponujemy głównie „własną osobą jako oddziałującą”, pozostającą w relacji z osobą niedostosowaną — posiadającą określone przekonania, wartości, przejawiającą określone zachowania. Tym samym wychowanek jest „osobą działającą”, która musi/powinna dokonać zasadniczych przekształceń we wszystkich sferach swojego życia, obejmujących dodatkowo wszystkie perspektywy czasowe (własną biografię): przeszłość, terażniejszość i przyszłość. Dokonać może tego jedynie, przekształcając swoje przekonania na temat siebie, innych ludzi, świata i relacji „Ja — świat”, zgodnie z zasadą, że „wszystko dzieje się w naszej głowie”. Refleksyjne przekształcenie, czyli zrozumienie własnej biografii, jej uwarunkowań, konsekwencji dla własnego rozwoju, jest jedynym mechanizmem doko-

niania się wewnętrznej przemiany i zgodnej z nią zmiany we własnych zachowaniach. Relacja wychowanek – podmiot i wychowawca – osoba wspierająca jest natomiast głównym obszarem działania resocjalizacyjnego, wzbogacana zaś może być, choć wybiórczo, przez doświadczenia uczące (służące zmianie przekonań) w ograniczonym zakresie w relacjach z innymi podmiotami społecznymi.

Jedynym sposobem działania, zapewniającym skuteczność resocjalizacji w obecnych warunkach, jest zatem oddziaływanie na system poznawczy – jego restrukturyzację – w takim kierunku, by dokonała się wewnętrzna przemiana w jednostce niedostosowanej, związana z poczuciem, że „może, chce i wierzy” w sens jej dokonywania oraz posiada niezwykłe zasoby i kompetencje, by tego dokonać. Osoba niedostosowana społecznie musi zmienić sposób myślenia (przekonania) o sobie, innych ludziach i otaczającym ją świecie oraz własnej z nim relacji, a także o własnym życiu (możliwości jego kontrolowania – sprawczości).

2.1.1.1. Podstawowe wymiary ludzkiego rozwoju i zaburzeń rozwojowych

Rozwój człowieka (jego osobowości) można opisać na dwu ogólnych wymiarach, odnoszących się do źródła kontroli i treści formujących się postaw społecznych. Oba procesy przebiegają w kierunkach:

a) od kontroli zewnętrznej do kontroli wewnętrznej, w odniesieniu do regulacji własnego zachowania, skutkującej bądź poczuciem bezradności, nieskuteczności własnych działań, bądź poczuciem sprawczości i możliwości kontrolowania zdarzeń we własnym życiu;

b) od egocentryzmu (tendencji rywalizacyjnych, egotystycznej koncentracji na własnych potrzebach) do prospołeczności – allocentryzmu i socjocentryzmu (tendencji do współpracy i działania na rzecz obiektów „poza-Ja”, jednak z uwzględnieniem znaczenia własnych potrzeb), w aspekcie własnej postawy wobec świata społecznego.

Dokonując diagnozy (pozytywnej i negatywnej), musimy wyjść od podstawowych pytań dotyczących procesu uczenia się i utrwalania działań świadomie kontrolujących własne życie, a także pozyskiwania świa-

domości samego siebie, natury świata i własnej z nim relacji, co w sprzyjających warunkach prowadzi do prawidłowej adaptacji, w sytuacji ich niespełnienia zaś — do zaburzeń adaptacyjnych. Krystyna Ostrowska (1998: 187) wskazuje podstawowe dla tego procesu pytania, na które odpowiedzieć sobie musi jednostka:

1. Kim jest człowiek? — co wiąże się ze zdobyciem wiedzy i uzyskaniem świadomości dotyczącej natury człowieka, jego potrzeb, ograniczeń i zasobów rozwojowych;

2. Kim i jaką osobą jestem ja? — co wymaga zdobycia wiedzy o samym sobie, uzyskania samoświadomości w zakresie własnych potrzeb, odczuwanych i uznawanych wartości, własnych zasobów i potencjałów oraz naturalnych deficytów i ograniczeń;

3. Jak i jest świat i czego ode mnie oczekuje? — co określa zdobycie wiedzy o naturze świata i zjawisk w nim zachodzących, odpowiedzi na pytania: Jaki jest świat, jego zasoby, oczekiwania i wymagania stawiane człowiekowi?;

4. Jak działam i co z tego dla mnie wynika? — co wiąże się z doświadczaniem siebie w świecie i działaniem w nim, a co oznacza zdolność do wykorzystywania posiadanej wiedzy we własnych działaniach o charakterze sprawczym;

5. Czy jestem jednostką autonomiczną? — co określa świadome powtarzanie pozytywnych zachowań, prowadzących do zakładanych celów i utrwalających działanie odpowiedzialne, kreujące kształt własnego życia oraz wyznaczające wewnętrzną kontrolę i poczucie skuteczności (Bandura 1997).

Uzyskanie odpowiedzi na te podstawowe pytania determinuje jakość rozwoju jednostki, co analizujemy właśnie w perspektywie pozytywnej *vs.* negatywnej. Jednostka może zatem osiągnąć dwa opozycyjne, ale różnie rozmieszczone na kontinuum zdrowia, prawidłowej adaptacji *vs.* choroby, patologii i dezadaptacji, statusy:

a) samoświadomość, sprawczość, kontrola, autonomiczność, wiedza o sobie i świecie oraz ich integracja sprzyjające prawidłowej adaptacji;

b) niezdolność do samookreślenia, brak refleksyjności, doświadczenia życiowe kwestionujące samodzielność, autonomiczność, sprawczość i kontrolę nad własnym życiem, sprzyjające powstawaniu zaburzeń adaptacyjnych.

Lokuje to bezpośrednio podstawową symptomatologię (opis) i etiologię (wyjaśnianie) zjawiska niedostosowania społecznego w koncepcjach poznawczych, w których zakłada się istotne znaczenie ukształtowanych w toku doświadczeń życiowych schematów poznawczych dla procesów emocjonalno-motywacyjnych oraz sposobu reagowania na postrzegane i doświadczane sytuacje życiowe.

Ponadto, by dokonać prawidłowej identyfikacji (diagnozy) zasobów jednostki i jakości środowiska jej życia wspierającego (bądź nie) jej rozwój, musimy uwzględnić także pytania związane ze specyfiką rozwoju w cyklu życia, zadaniami życiowymi adekwatnymi do danego etapu życia oraz specyficznymi kryzysami, jakie jednostka musi pokonać w celu dokonania progresywnej zmiany.

Ogólne cechy podstawowych etapów życia, konieczne dla prawidłowej diagnozy rozwojowej i środowiska życia, można zrekapitulować w następujący sposób (W y s o c k a 2010: 51), co nie stanowi ani o wyczerpywalności, ani nawet o wystarczalności wiedzy na temat specyfiki rozwoju w poszczególnych etapach życia. Wiedzy tej „dostarczają” psychologia rozwojowa, a także psychologia społeczna, szczegółowo opisujące przebieg rozwoju i jego mechanizmy bio-psycho-społeczne. Są to:

1. **Dzieciństwo** — wyznacza je brak odpowiedzialności za siebie i za innych, co wiąże się z całkowitą zależnością jednostki od otoczenia. Dominuje tu kontrola zewnętrzna, wówczas rozwój determinowany jest przez mechanizm nagród i kar, lub kontrola wewnętrzna sterowana z zewnątrz, co wynika z mechanizmu identyfikacji z osobami emocjonalnie znaczącymi. Status jednostki określa brak autonomii i samodzielności, wiodącą cechą funkcjonowania zaś jest egocentryzm, stanowiący wynik niezdolności lub małej zdolności do postrzegania potrzeb innych ludzi (nierozwinięty mechanizm decentracji). Rozwojowo jednostkę określają niedojrzała osobowość i status tożsamości „**Ja jak inni**”.

2. **Młodość** (adolescencja, wschodząca dorosłość) — wiąże się z przejęciem odpowiedzialności za siebie, ale ograniczone jest poczucie odpowiedzialności za innych. Jednostkę cechuje dążenie do samodzielności i niezależności, co wyznacza bunt przeciw zewnętrznej kontroli i ograniczaniu autonomii. Egocentryzm wynika tu z idealizmu i rozwojowo uzasadnionej koncentracji na własnej osobie. Status rozwojowy jednostki

określają tzw. dojrzałość potencjalna, a także dążenie do określenia indywidualnej tożsamości: „**Ja jak Ja**”.

3. **Dorobłość** — określa ją pełnia odpowiedzialności, którą jednostka przyjmuje zarówno za siebie, jak i za innych. Cechują ją też samodzielność i autonomia, a także zdolność do wewnętrznej kontroli. Specyficzne dla tego etapu życia jest świadome ograniczanie niezależności, zdolność do konstruowania i przyjmowania rozwiązań kompromisowych, prospołeczność wynikająca z mniejszej koncentracji na sobie, która zostaje „rozproszona na bliskich innych”, realizm wynikający z konieczności godzenia potrzeb własnych i potrzeb innych, znaczących dla jednostki ludzi. Status rozwojowy jednostki można określić jako dojrzałość realną, status tożsamościowy zaś zostaje rozszerzony: „**Ja poszerzone**”.

4. **Starobść** — wiąże się ona ze stopniowym przejmowaniem odpowiedzialności za jednostkę przez otoczenie, co wynika z nieuniknionych zmian involucyjnych, powodujących stopniową utratę niezależności, autonomii i samodzielności. Kontrola nad własnym życiem i własnym postępowaniem zmienia się w kierunku zewnątrzsterowności (tendencja do kierowania się zewnętrznymi standardami). Pojawiają się tendencje konserwatywne i tradycjonalizm, nasilają się też tendencje egocentryczne, wynikające z nadmiernej koncentracji na sobie i niepożądanych zmianach zachodzących w życiu jednostki. Status tożsamościowy można określić jako „**Ja usztywnione**”.

Świadomość specyfiki i mechanizmów rozwoju w cyklu życia wiąże się z relatywizacją dokonywanych ocen diagnostycznych do adekwatnych dla danego etapu życia cech i właściwości funkcjonowania psychospołecznego jednostki, która pełni różne role, stawiane są przed nią odmienne wymagania i zadania realizowane w różnych grupach społecznego uczestnictwa, doświadczają specyficznych trudności i problemów rozwojowych, które mogą stanowić czynniki zaburzeń adaptacyjnych (dezadaptacja może pojawić się w każdym momencie rozwoju, jednak im wcześniej wystąpią nierozwiązane kryzysy rozwojowe, tym zagrożenie zaburzeniami adaptacyjnymi będzie większe, a niedostosowanie społeczne bardziej prawdopodobne).

Generalnie, procesy rozwojowe w przebiegu życia, jak wspomniałam wcześniej, można sprowadzić do dwu ogólnych wymiarów, porządkujących szczegółowe kryteria diagnostyczne, a opisujących źródło ak-

tywności jednostki i stosunek do świata społecznego: od egocentryzmu (koncentracja na Ja) do prospołeczności (koncentracja na „Ja w relacji z innymi i ze światem”) oraz od kontroli zewnętrznej sprawowanej przez otoczenie (mechanizm kar i nagród o charakterze instrumentalnym lub opartym na autorytecie formalnym), przez kontrolę pośrednią (mechanizm gratyfikacji o charakterze emocjonalnym, wynikający z identyfikacji z osobami i grupami znaczącymi), do kontroli wewnętrznej (mechanizm gratyfikacji autotelicznych, opartych na internalizacji ustanowionych zasad, wedle reguły zracjonalizowanej słuszności).

Analizując rozwój jednostki w toku życia, można odnieść się do, rzadko przywoływanej przez pedagogów resocjalizacyjnych, teorii dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego (1975, 1979, 1986; Tylikowska 2000: 231–258). W koncepcji tej zakłada się procesualność rozwoju, a nadto jego dynamizm i pośrednio, choć tylko w obrębie niektórych poziomów, cyrkularność. Rozwój, zdaniem autora, przebiega w następujących fazach: od integracji pierwotnej, prymitywnej, przechodzi się przez proces dezintegracji jednopozjomowej, następnie wielopozjomowej — spontanicznej (niezorganizowanej) i wielopozjomowej zorganizowanej, by wreszcie osiągnąć etap integracji wtórnej, w której dochodzi do skonsolidowania struktury psychicznej na wyższym poziomie (poziom czwarty i piąty mogą się cyklicznie powtarzać). Proces ten jest wielowymiarowy, ale można go sprowadzić do dwu najważniejszych kategorii, które wyznacza zdominowanie kształtowania indywidualnego życia przez zewnętrzne czynniki lub zdolność do autonomicznej i podmiotowej autokreacji, obejmującej indywidualne cechy jednostki i kształt własnego życia (Dąbrowski 1975, 1979, 1986; Ostrowska 1998; Tylikowska 2000). Mechanizmy i etapy rozwoju w koncepcji dezintegracji pozytywnej można opisać następująco:

1. **Integracja pierwotna** — jednostkę cechują automatyzm, impulsywność i usztywnienie w obrębie funkcji poznawczych i intelektualnych. Dominuje zewnętrzna kontrola o charakterze popędowym, struktura psychiczna zaś jest niezróżnicowana i zintegrowana na prymitywnym poziomie, co wyznacza brak refleksji, napięć wewnętrznych i konfliktów. Brak jest głębszych związków uczuciowych z innymi ludźmi, którzy traktowani są przedmiotowo, dlatego wyraźnie występuje tendencja do zachowań egoistycznych i egocentrycznych, co ma na celu zaspoko-

jenie własnych, ale podstawowych (niższego rzędu) potrzeb. Pojawiają się konflikty zewnętrzne z otoczeniem, ale dominują naciski popędowe (czynniki dziedziczne), dlatego w sposób naturalny mogą wystąpić trudności wychowawcze (osoby młodsze) oraz zachowania dewiacyjne i przestępcze (osoby starsze). Do tego poziomu należą psychopaci, ale niestety też większość ludzi przeciętnych. Na tym etapie brak jest dynamizmów rozwojowych.

2. Dezintegracja jednopoziomowa (jednokierunkowa) charakteryzuje się utratą dotychczasowej spójnej struktury osobowości, pojawieniem się wahań, wątpliwości, trudności w podejmowaniu decyzji. Jednostka odczuwa niepokój, cechuje ją tendencja do ekscytacji, co wyznacza brak intelektualnej kontroli. Dominantą osobowościową jest radykalizm poglądów i postaw (jednoznaczna postawa „za” lub „przeciw”), wynikający z braku pogłębionej refleksji nad sobą i światem. Dominuje przy tym relatywizm wartości, dlatego zachowanie może nie mieć żadnej konkretnej orientacji, podlegając wpływowi różnych ideologii, mód czy charyzmatycznych przywódców (bez zdolności wartościowania znaczeń i przesłania, jakie z sobą niosą). Atrakcyjne dla jednostki jest wszystko to, co nieukierunkowane, dziwaczne, nieprzewidywalne, ale też ekscytacja tym jest pozbawiona refleksji i zdolności do różnicowania własnych uczuć. Na tym etapie mogą występować także trudności w przystosowaniu się, ale źródło zachowań dewiacyjnych jest tu inne, wynikające z niepewności w zakresie podejmowanych decyzji, lęku i braku kontroli rozumu. Pojawia się znaczenie czynnika społecznego w formie związków międzyludzkich i liczenia się z opinią innych ludzi. Włącza się pierwszy mechanizm dynamizujący rozwój, jakim jest działanie dynamizmów typu: niepokój i nieokreślony lęk, obok konfliktów zewnętrznych zaś także konflikty wewnętrzne, znaczenia nabiera empatia, identyfikacja z osobami znaczącymi, odczuwane wewnętrznie ambiwalencje i ambitendencje. Brak jest natomiast wyraźnej przemiany wewnątrzpsychicznej. Do tego poziomu zalicza się zaburzenia typu: ciężkie nerwice, choroby psychiczne, zaburzenia psychosomatyczne, uzależnienia itp.

3. Dezintegracja wielopoziomowa spontaniczna stanowi zasadniczy proces przekształceń psychicznych jednostki, w którym następują różnicowanie się psychiki (struktury i funkcji) w różnych zakresach, jej hierarchizacja i dążenie do wewnętrznego uporządkowania. Kształtuje

się kontrola wewnętrzna i pojawia się działanie powinnościowe (moralne). Jednostka doświadcza konfliktów wewnętrznych, które ewokowane są niezgodą na zastaną rzeczywistość (indywidualną i społeczną), ale podłoże wartościowania, kształtowania się systemu wartości i celów ma charakter emocjonalny. Obok czynnika społecznego rozwoju uaktualnia się dążność do samorealizacji — jednostka uzyskuje coraz większą samoświadomość (jaka jest — „Ja realne”, jaka chce i powinna być — „Ja idealne” i „Ja powinnościowe”), stanowiącą podbudowę uznawanego ideału własnej osobowości. Uobecniają się następne formy wzmożonej pobudliwości psychicznej (wyobrażeniowa, intelektualna, uczuciowa). Dominują konflikty wewnętrzne nad zewnętrznymi, trudności przystosowawcze zaś mają tu inny charakter, wiążąc się z negatywną socjalizacją celów, wartości i norm, co nazywane jest nieprzystosowaniem pozytywnym (kwestionującym zastany świat, niewolny od wad), powiązany z refleksyjnością i niepokojem egzystencjalnym. W relacjach międzyludzkich pojawiają się bliskie, głębokie więzi i związki uczuciowe. Na tym poziomie włącza się działanie dynamizmów rozwojowych typu: zdziwienie światem i sobą, zaniepokojenie sobą, poczucie wstydu i winy, niezadowolenie z siebie, poczucie niższości, tendencja do porządkowania (hierarchizacji).

4. Dezintegracja wielopoziomowa usystematyzowana to początek procesu kształtowania siebie i otoczenia w sposób świadomy i syntetyczny (wewnętrznie sterowana organizacja własnego rozwoju, dążenie do syntezy, wewnętrznej harmonii i integracji). W procesach rozwojowych dominują spokój oraz dokonywanie systematyzacji i świadomego przekształcania struktury własnej osobowości. Słabną napięcia i konflikty, dominuje poczucie autonomii. Zewnętrzna hierarchia celów i wartości stopniowo podlega uwewnętrznieniu, rozwój społeczny zaś i relacje międzyludzkie kształtuje wysoki poziom empatii. Utrwalają się formy wzmożonej pobudliwości psychicznej i dynamizmy rozwojowe z poprzednich poziomów, ale włącza się też działanie nowych, typu: zdolność różnicowania „podmiot — przedmiot”, podejmowanie świadomych decyzji i refleksyjne dokonywanie wyborów, wzrost świadomości i samokontroli, samowychowanie, autopsychoterapia, autentyczność, dążenie do autonomii, zdolność i dążenie do przejmowania odpowiedzialności za siebie i stopniowo za innych, czemu sprzyja

wykształcone sumienie (działanie moralne). Przekształcenia wewnątrzpsychiczne przebiegają świadomie i planowo, a także wyraźnie ujawnia się dążenie do równowagi i integracji wewnętrznej, polegające na przekształcaniu przyjętych powinności w rzeczywistość, uaktualnianiu przyjętego ideału osobowości i urzeczywistnianiu podzielanych ideałów społecznych.

5. **Integracja wtórna** stanowi nową organizację i integrację osobowości (harmonijna jedność osobowości, równowaga i synteza wewnętrzna), czemu towarzyszy brak stanów napięć i konfliktów wewnętrznych na styku „jak jest” — „jak powinno być” (urzeczywistnianie ideału osobowości — jednostka staje się taka, jaką chce i powinna być). Na tym poziomie przekształceń osobowości dokonują się zatem jedynie przemiany w sensie ilościowym, a nie jakościowym. Dominuje tendencja do poświęcania się, empatia i zainteresowanie transcendencją. Ten poziom rozwoju charakteryzuje dominacja następujących dynamizmów rozwojowych: autonomia, odpowiedzialność, autentyzm, wzór i ideał osobowości, samoświadomość i realizm w postrzeganiu siebie, świata i własnych z nim relacji, brak zachowań nieprzystosowawczych. Trzeba mieć na uwadze, że ten poziom rozwoju osiąga się niezwykle rzadko, a ponadto dosyć często (na skutek nowych doświadczeń uczących) obserwowane są okresowe „powroty” do poziomu czwartego, związane z jakościowym przekształceniem pewnych elementów osobowości i koniecznością ich zintegrowania z całością struktury osobowości.

Mechanizm twórczego i odpowiedzialnego kształtowania siebie i biegu własnego życia ujmowany w perspektywie koncepcji dezintegracji pozytywnej można przedstawić jako ciąg różnych czynności poznawczych i działań jednostki ukierunkowanych na własną osobę i otaczającą rzeczywistość — głównie społeczną, prowadzących do nadrzędnego celu, jakim jest uzyskanie autonomii podmiotowej i integracji ze światem. Ma to charakter poszukiwania odpowiedzi na pytania o naturę człowieka, społeczną i indywidualną tożsamość, następnie wiąże się z weryfikowaniem posiadanej wiedzy o sobie i świecie oraz wzajemnych relacjach pomiędzy nimi w działaniu sprawczym, o charakterze pierwotnie instrumentalnym, a później autotelicznym, co wyznacza uczenie się działań skutecznych (i kontrolowanych wewnętrznie) oraz zewnętrznie (społecznie) i wewnętrznie (indywidualnie) akceptowalnych.

Osobowość, także jednostki niedostosowanej społecznie, można traktować jako system konstruowania wizji własnej przyszłości i retrospektywnej rekonstrukcji własnej przeszłości. Dokonuje się to przez włączenie mechanizmu „pamięci autobiograficznej” (Kelly 1955; Pervin 1989; Kofta, Weary, Sędek 1998; Kofta, Doliński 2000; Niedźwieńska 2000; Pervin, John 2002) oraz mechanizmów socjalizacji (naśladownictwo, identyfikacja, internalizacja). Funkcje osobowości można wówczas sprowadzić do:

- a) konstruowania poznawczego, czyli nadawania znaczenia własnym doświadczeniom i wykorzystania ich w działaniu;
- b) ewaluacji zdarzeń, innych ludzi i samego siebie, w kategoriach pozytywnych *vs.* negatywnych;
- c) programowania działań (celów i strategii działania skutecznego);
- d) sterowania przebiegiem działania (monitorowanie aktywności w taki sposób, by osiągnąć zakładane cele).

Adaptacja społeczna wiąże się zawsze z re/konstruowaniem wszystkich perspektyw czasowych własnej biografii: przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, to zaś zależy od ogólnych przekonań jednostki o naturze rzeczywistości oraz od ogólnych przekonań o naturze własnych zdolności i kompetencji, czyli zasobów lub deficytów jednostkowych, co szczególnie silnie podkreślane jest w koncepcjach poznawczych.

Przekonania te mogą mieć charakter pozytywny lub negatywny, np.:

- a) świat jest sprawiedliwy *vs.* niesprawiedliwy;
- b) świat jest wobec człowieka wrogi *vs.* jest dlań przyjazny; przy czym
- c) jednostka ocenia siebie samą adekwatnie *vs.* nieadekwatnie;
- d) ma poczucie własnej wartości zawyżone *vs.* zaniżone;
- e) jest przekonana o źródle kontroli — wewnętrznym *vs.* zewnętrznym,
- f) ma przekonanie o możliwościach wykorzystywania konstruktywnych strategii radzenia sobie *vs.* jest przekonana o konieczności sięgania po strategię destruktywne;
- g) jest przekonana o skuteczności własnego działania *vs.* ocenia siebie jako niezaradną — wyuczona bezradność (Kofta, Doliński 2000).

Warto w kontekście analizy sfer ludzkiego rozwoju i zaburzeń w tym zakresie nakreślić podstawowe wymiary, w jakich on przebiega (tabela 1).

Tabela 1

Wymiary ludzkiego życia i rozwoju a niedostosowanie społeczne

Sfera	Wymiar
Rozwój poznawczy	od konkretności do abstrakcyjności myślenia
Rozwój emocjonalny	od dominacji uczuciowości archaicznej do uczuciowości wyższej
Rozwój świadomości	od działania nieświadomego do działania świadomego
Rozwój potrzeb	od potrzeb podstawowych (nieodboru) do potrzeb wyższych (wzrostu), zmiany w dynamice, sposobie zaspokajania i hierarchizacji potrzeb
Rozwój systemu wartościowania	od wartości materialnych, o charakterze instrumentalnym do wartości duchowych, o charakterze autotelicznym, stabilizacja i harmonizacja systemu wartości
Rozwój społeczny	od egocentryzmu („inni ludzie dla mnie”) do prospołeczności („Ja dla innych”)
Rozwój moralny	od amoralności poprzez heteronomię do autonomii moralnej, rozwój sumienia
Rozwój refleksyjności	od działania reaktywnego do działania racjonalnego
Rozwój religijny	od religijności niedojrzałej – „zewnątrznej”, tradycjonalistycznej, poprzez emocjonalistyczną, do pełnej, dojrzałej religijności

Źródło: Opracowanie własne: Wysocka 2008: 1029; Wysocka 2010: 35, na podstawie: Dąbrowski 1975, 1979, 1986; Allport 1988; Maslow 1990; Sujak 1992

Nietrudno zauważyć, że poszczególne wymiary ludzkiego rozwoju opisują biegunowo właściwości jednostki prawidłowo (dojrzała osobowość) i wadliwie przystosowanej (osobowość niedojrzała), natomiast każdy człowiek, w myśl założeń salutogenezy, znajduje się – zależnie także od etapu własnego rozwoju – w jakimś miejscu na owych kontinuumach, przy czym rozwojowo uzasadnione umiejscowienie jednostki

na określonym etapie rozwoju wskazanych funkcji wyznacza prawidłowy rozwój, jednostki zaś przejawiające zaburzenia nie osiągają poziomu rozwoju właściwego dla danego etapu. Oznacza to, że nie pokonały określonego kryzysu rozwojowego (E r i k s o n 1997, 2002, 2004), co skutkuje powstaniem zaburzeń, które w sytuacji braku działań wspierających i kompensacyjnych pogłębiają się i ograniczają w coraz większym stopniu możliwość ukształtowania się dojrzałej osobowości.

Obrazuje to dualizm procesów (mechanizmów) i efektów rozwojowych, które przebiegają kierunkowo następująco, decydując o możliwościach osiągnięcia statusu jednostki osobowo dojrzałej: a) regresja *vs.* progresja; b) natura (prymitywizm wartościowania) *vs.* kultura (wartości wyższego rzędu); c) stałość (pewność, bezpieczeństwo) *vs.* zmienność (wolność, niezależność, samodzielność, ale też niepewność i chwiejność); d) integracja (harmonia wewnętrzna i ze światem) *vs.* dezintegracja psychiczna; e) kontrola zewnętrzna *vs.* wewnętrzna (od anomii, przez heteronomię, do autonomii); f) poczucie sensu życia *vs.* poczucie beznadziejności; g) cierpienie (rozpacz, niska jakość życia) *vs.* poczucie szczęścia (nadzieja, dobrostan); h) nadmierny lęk lub deficyt lęku (przed śmiercią, przed życiem, przed samym sobą) *vs.* spokój i harmonia wewnętrzna; i) poczucie odpowiedzialności *vs.* życie nieodpowiedzialne; j) refleksyjność (samoświadomość) *vs.* reaktywność (impulsywność, „bezmyślność”); k) poczucie winy i problemy z samoakceptacją *vs.* samoakceptacja i brak poczucia winy; l) aktywność konstruktywna (twórczość, innowacyjność) *vs.* bierność (odtwórczość, pasywność) lub aktywność destrukcyjna; co łącznie składa się na przystosowanie (pozytywną adaptację) *vs.* nieprzystosowanie (dezadaptację).

Z tej perspektywy patrząc, jednostkę niedostosowaną społecznie można scharakteryzować jako osobę, w odniesieniu do której dominują procesy regresywne (fiksacja rozwoju), naturalny prymitywizm wartościowania (wartości niższego rzędu i niezdolność rozwiązania kryzysu w wartościowaniu oraz niezdolność do odraczania gratyfikacji), poczucie niestabilności, zależność od wewnętrznych popędów i negatywnych zewnętrznych nacisków, niesamodzielność, niepewność i chwiejność, dezintegracja psychiczna na poziomie prymitywnym lub integracja pierwotna (D ą b r o w s k i 1975, 1979, 1986), dominacja kontroli zewnętrznej (najwyżej heteronomicznej), poczucie beznadziejności, związane z niską

jakością życia, nadmierny lęk lub deficyt lęku, brak harmonii wewnętrznej, brak odpowiedzialności za własne zachowania i niedostatek refleksyjnej samoświadomości, reaktywność i impulsywność działania, problemy z samoakceptacją (pozorna i nieuzasadniona samoakceptacja lub jej deficyt), brak poczucia winy, bierność (odtwórczość, pasywność) lub aktywność destrukcyjna.

Trzeba jednak podkreślić, iż cechy te i doświadczane przez jednostkę niedostosowaną problemy pierwotnie związane są z naturalnymi kryzysami rozwojowymi, wynikają z czynników środowiskowych i społeczno-kulturowych, stanowiących wtórne (interakcyjnie powiązane z czynnikami pierwotnymi) źródło zaburzeń, będące skutkiem najczęściej braku pozytywnej stymulacji rozwoju, która jest efektem braku wsparcia społecznego w pokonywaniu naturalnych problemów (kryzysów) rozwojowych, lub są tymi czynnikami wzmacniane.

2.1.1.2. Mechanizmy i procesy determinujące rozwój człowieka

O przebiegu procesu adaptacji decydują podstawowe mechanizmy rozwoju, czyli zaspokojenie lub brak zaspokojenia podstawowych potrzeb, które np. w **teorii autodeterminacji** (omówionej skrótowo wcześniej) odnoszą się do trzech podstawowych potrzeb (Ry an, D e c i 2001: 146; por. D e c i, R y a n 2000 a, b): 1) potrzeby kompetencji (poszukiwanie efektywności i skuteczności w działaniu oraz sensu podejmowania określonych działań), 2) potrzeby autonomii (poczucie, że jest się przyczyną zdarzeń doświadczanych we własnym życiu, możliwości dokonywania wyboru zgodnie z własnymi preferencjami) i 3) potrzeby relacji (poczucie więzi z innymi ludźmi, przywiązanie, doświadczanie troski i zwrotne dawanie wsparcia).

Jednak także w odniesieniu do mechanizmu potrzeb trzeba uwzględnić ich dualizm, wewnętrzną sprzeczność, sposób ich integrowania i rozwojową adekwatność, zależną od momentu rozwojowego, w jakim znajduje się jednostka (M a s l o w 1969, 1971, 1990; F r o m m 2005, 2014). Potrzeby te można opisać także biegunowo na różnych kontinuuach: a) potrzeba miłości własnej (egocentryzm) *vs.* potrzeba miłości bliźnie-

go (prospołeczność); b) potrzeba twórczości (kreatywność) *vs.* potrzeba niszczenia (destrukcja); c) potrzeba zależności (wspólnotowość, więź z innymi, zakorzenienie, konformizm, „ukrycie się w tłumie”) *vs.* potrzeba wolności i niezależności (oddzielenie, indywidualizm, wyróżnianie się, samotność, izolacja, etnocentryzm); d) potrzeba doświadczania emocji, irracjonalizm (kierowanie się emocjami) *vs.* potrzeba bycia racjonalnym (kierowanie się rozumem); e) potrzeba submisji (bycia słabym, „poddania się”) *vs.* potrzeba dominacji (siła, władza); f) potrzeba bycia samowystarczalnym, samodzielny *vs.* potrzeba „oddania się w opiekę”; g) potrzeba „służebności” (tendencja do „dawania”, udzielania) *vs.* potrzeba eksploatacji (tendencja do „brania”, zdobywania); h) potrzeba aktywności (działanie, wywieranie wpływu, przewaga akomodacji) *vs.* potrzeba bierności (podleganie wpływom, przewaga asymilacji); i) potrzeby materialne (konsumpcjonizm, „mieć”) *vs.* potrzeby duchowe (wyższe cele, „być”); j) potrzeba posiadania („zachłanność”, brak różnicowania i rozproszenie celów) *vs.* potrzeba umiaru (różnicowanie, strukturalizacja, hierarchizacja celów); co składa się w efekcie na dominację potrzeb samozachowawczych (niedoboru), stanowiących o zaburzeniach w procesie przystosowania *vs.* dominację potrzeb rozwojowych (wzrostu), decydujących o prawidłowym przystosowaniu się jako funkcji zdolności do zaspokajania potrzeb, ich integrowania i rozwoju w kierunku pozytywnym (samoaktualizacji).

Chcąc zrozumieć mechanizm działania potrzeb i ich funkcji w procesie prawidłowego przystosowania się (funkcje rozwojowe potrzeb), konieczna jest także ich analiza w kontekście konstruowania i rekonstruowania własnej biografii, dokonywana przez jednostkę w trzech perspektywach czasowych: przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. Trzeba mieć świadomość, że działanie człowieka „tu i teraz” (teraźniejszość) zależy zarówno od doświadczeń z własnej przeszłości, jak i planowanej oraz przewidywanej własnej przyszłości. Przeszłość wraz z przekonaniem o jakości własnej przyszłości decyduje o tym, jak działamy „tu i teraz”.

Najważniejszym mechanizmem rozwoju wydaje się **adaptacja przez konstruowanie własnej przyszłości**, ale nie można zapomnieć o tym, że zależne jest to od własnych doświadczeń z samym sobą i ukształtowanych w przeszłości przekonań o naturze świata oraz możliwościach działania w nim. Proaktywne (przyszłościowe) konstruowanie wizji

własnego życia wiąże się z samodzielnym generowaniem przez jednostkę zamierzeń i planów, służących rozwojowi i samorealizacji, efektem zaś tego procesu jest kształtowanie się „możliwych Ja” (Markus, Cross 1990), formowanie się zadań życiowych i celów osobistych, a więc ogólnie dążeń życiowych jednostki (Pervin, John 2002) oraz planów i sposobów ich realizacji (Mądrycki 1996) — konstruktywnych *vs.* destrukcyjnych. Proces ów odbywa się na gruncie własnych doświadczeń życiowych, kształtujących przekonania o sobie i świecie, ale też jest efektem zgromadzonej wiedzy o kulturowych wymaganiach i oczekiwaniach (ideologie, wzory osobowe, dostępne role społeczne). Stanowi to podstawę kształtowania się ważnych standardów wewnętrznych, ukierunkowujących działanie jednostki, decydując o jej motywacji osiągnięć, a także tworząc fundament kształtowania się poczucia własnej podmiotowości, autonomii i tożsamości. Polega to na uwewnętrznieniu wymagań pierwotnie i naturalnie rozwojowo zewnętrznie kreowanych (społecznie i kulturowo), z jednoczesnym, ale wtórnym, wyznaczeniem kontroli i wewnętrznej koherencji zachowań działającego podmiotu (zaspokojenie potrzeb autonomii, kontroli, sprawstwa).

Jednostka prawidłowo przystosowana i rozwijająca się musi mieć poczucie skuteczności i efektywności własnych działań, czemu funkcjonalnie podporządkowane są tzw. **heurystyki symulacji**, czyli sposoby tworzenia obrazu własnego życia. Polega to na tworzeniu w wyobraźni nowego scenariusza przyszłych lub przeszłych wydarzeń, dając jednostce przesłanki do oceny własnych działań jako autonomicznie kierowanych i możliwych do realizacji. Prosto rzecz ujmując, te swoiste „autonarracje” mogą stanowić (i stanowią zwykle) o wyborze strategii radzenia sobie z nieprzyjazną rzeczywistością (konstruktywnych *vs.* destrukcyjnych). Tym samym są to swoiste submechanizmy rozwoju (autokreacji), ich jakość zaś (strategie konstruktywne *vs.* destrukcyjne) wyznacza prawidłową adaptację człowieka lub procesy dezadaptacyjne. Wśród stosowanych technik autonarracji do najważniejszych, z perspektywy ich funkcji dla rozwoju i przystosowania społecznego, należą (Kofta, Doliński 2000):

1. **Optymistyczne oczekiwania**, które mogą być podstawą prawidłowej adaptacji, sam bowiem fakt ich sformułowania zwiększa prawdopodobieństwo realizacji planów i stawianych sobie zadań, choćby przez

wzrost motywacji jednostki do podejmowania działań (traktowanych jako możliwe). Inaczej oddziałują na jednostkę oczekiwania pesymistyczne, choć zależność między działaniem a optymistycznym *vs.* pesymistycznym oczekiwaniem jego rezultatów nie jest tak prosta. Zależy ona od zmiennej pośredniczącej — *pracy wyobraźni*, która z różnych powodów może zniweczyć efekt wzrostu pozytywnej motywacji do działania, związanej z jakością oczekiwań. Prosto ujmując tę kwestię, mechanizm działania optymizmu *vs.* pesymizmu zależy od pracy wyobraźni, która może pełnić funkcję:

a) dezadaptacyjną, gdy *pesymista* (negatywne oczekiwania) wycofuje się z różnych działań, będąc przekonany o ich nieskuteczności (*nie warto nic robić, bo niezależnie od tego, co zrobię, poniosę porażkę*), a *optymista* może zrezygnować z działania, uważając, że wszystko jest w porządku, dlatego *nic nie trzeba robić*; wynika to z faktu, że wyobrażenie sobie sukcesu poprawia samopoczucie jednostki, jednocześnie zmniejszając motywację do działania;

b) adaptacyjną, gdy *optymista* angażuje się w realistyczne planowanie zmian w swoim życiu (wierząc w sukces), co zwiększa jego motywację, *pesymista* zaś nie marząc na jawie o sukcesie, a wyobrażając sobie niepowodzenia, podejmuje wysiłek, by im zapobiec; regulować to może odporność psychiczna (*resilience*), która wszak stanowi swoistą siłę decydującą o radzeniu sobie jednostki pomimo niesprzyjających warunków rozwojowych.

2. Strategie samoutrudniania, które metaforycznie można określić jako *rzucanie kłód pod własne nogi*, co ma *stricte* dezadaptacyjny charakter. Konkretyzując, polega to na podejmowaniu przez jednostkę działań (zachowań), które obiektywnie obniżają szansę realizacji oczekiwanego celu (sukcesu). Przykładem może tu być niewystarczający wysiłek włożony w działanie (*bo i tak się nie uda*, np. zbyt krótki czas uczenia się przed egzaminem, obiektywnie zmniejszający szansę powodzenia). Mechanizmy te stosowane są przez jednostkę w celu dostarczenia sobie wygodnego i racjonalnego wytłumaczenia (swoiste alibi) poniesionej porażki (*to oczywiste, że nie mogło się udać*). Natomiast, w sytuacji, gdy jednostka (przypadkowo) odniesie sukces, wówczas zyskuje dodatkowo potwierdzenie własnych wyjątkowych zdolności. Strategia ta ma na celu ochronę poczucia własnej wartości (samooceny). W kontekście rozwoju nie służy jednak realistycznemu budowaniu obrazu siebie jako jed-

nostki kompetentnej, autonomicznej i sprawczej, potwierdzając zwykle (w przypadku braku stymulacji rozwojowej w deficytowych warunkach życia) poczucie braku możliwości wpływania na własne życie. Można założyć, że w odniesieniu do osób zagrożonych nieprzystosowaniem społecznym mechanizm ten rzadko się uruchamia, zwykle ze względu na brak doświadczeń życiowych, które stanowią źródło optymizmu, paradoksalnie zaś działanie pesymizmu wyłącza zdolność do podejmowania wysiłku ograniczającego prawdopodobieństwo poniesienia porażki.

3. **Defensywny pesymizm** może mieć paradoksalnie adaptacyjny charakter, polegając na radzeniu sobie z wizją przyszłych zagrożeń przez *straszenie samego siebie*, co wywołuje nerwowy popłoch (lęk), ale jednocześnie mobilizuje do podejmowania wysiłków, sprzyjając, dzięki własnej wytężonej pracy, realizacji zamierzonych celów. Znaczenie tego mechanizmu w przypadku osób zagrożonych niedostosowaniem społecznym wydaje się jednak znikome, w ich charakterystyce osobowościowej bowiem i doświadczeniach życiowych ani nie ma przesłanek do odczuwania świadomego lęku przed niepowodzeniem, ani też nie wykształciła się w nich zdolność do podejmowania wzmożonego wysiłku, by zapobiec niepowodzeniu.

4. **Nierealistyczny optymizm** może pełnić funkcje deadaptacyjne, wiąże się bowiem z subiektywnym przekonaniem, że prawdopodobieństwo wystąpienia pozytywnych wydarzeń w życiu jednostki jest większe, negatywnych zdarzeń zaś — mniejsze niż u innych ludzi. Może to dysfunkcjonalnie przekładać się na proces planowania własnej aktywności, bez uwzględnienia realnych uwarunkowań sukcesu własnego działania: przecenianie własnych możliwości (nierealistyczna ocena) stanowi bowiem potencjalne źródło niepowodzeń. Doświadczenie porażki, przy pozytywnej ocenie własnych możliwości, może włączać mechanizm poczucia niesprawiedliwości świata, który ogranicza — w przekonaniu jednostki — w sposób nieuprawomocniony realizację jej dążeń życiowych. Oczywiście, działanie tego mechanizmu musiałyby zostać potwierdzone w badaniach ukierunkowanych na identyfikację różnic w postrzeganiu własnych możliwości przez osoby prawidłowo i wadliwie przystosowane, a takich odniesień empirycznych nie ma.

Trudno zaprzeczyć, biorąc pod uwagę to, co wiemy o doświadczeniach i warunkach rozwoju osób niedostosowanych społecznie, że rów-

nie ważne dla ich funkcjonowania i procesu wewnętrznej przemiany (resocjalizacji) są mechanizmy wyjaśniające **adaptację przez konstruowanie własnej przeszłości**. Przeszłość tylko z pozoru jest niezmienna, bo już się „wydarzyła”, dlatego paradoksalnie jednostka konstruuje i rekonstruuje także własną przeszłość. Polega to na jej porządkowaniu i przewartościowywaniu bądź poszukiwaniu spójności i adekwatności do obecnych poglądów na temat własnej osoby. Nowe doświadczenia życiowe są konfrontowane z uporządkowanym systemem osobistych, choć przeszłych, doświadczeń. W psychoanalizie argumentowano to działaniem mechanizmów obronnych osobowości (G r z e g o ł o w s k a - K l a r k o w s k a 1986; W y s o c k a 2004), takich jak np. wyparcie (zapominanie), racjonalizacja (próba zrozumienia), idealizacja (próba spojzenia z perspektywy pozytywnej).

W psychologii poznawczej wskazuje się zaś na procesy, które stanowią podstawę rekonstrukcji wizji własnej przeszłości, mające charakter specyficznych manipulacji poznawczych:

1. **Modyfikowanie zapisu pamięciowego** doświadczeń człowieka, co polega na prostym wymazywaniu z pamięci niewygodnych dla jednostki faktów lub wiąże się z nieświadomym wypełnianiem luk pamięciowych w posiadanych schematach poznawczych (na temat siebie i świata) i dopasowywaniu doświadczeń z przeszłości do pożądanego obecnie obrazu siebie (W o j c i s z k e 1986). Można to odnieść do koncepcji Anthony'ego G. G r e e n w a l d a (1980), który w metaforze „totalitarne ego” zawarł jego znaczenie (funkcję) dla podtrzymywania pozytywnego obrazu siebie. Funkcje „totalitarne ego” stanowią zarówno tworzenie („fabrykowanie”), jak i ciągła zmiana („rewidowanie”) własnej przeszłości, tak, by pasowała do aktualnego wyobrażenia jednostki o sobie.

2. **Mechanizm wewnętrznej i zewnętrznej atrybucji** odnosi się do przypisywania przyczyn zdarzeniom (konstruowanie przeszłości) i „źródeł” skutkom (konstruowanie przyszłości). Atrybucja wewnętrzna polega na przypisywaniu przyczyn, rezultatów i skuteczności działania sobie samemu. Stanowi to jednocześnie o kształtowaniu się poczucia wewnętrznej kontroli, dlatego jednostka zdobywa przekonanie o możliwościach działania (*mogę coś z tym zrobić*). W rezultacie służy to polepszeniu późniejszego funkcjonowania jednostki, która „wierzy w siebie”. Atrybucja zewnętrzna polega na tym, że zarówno przyczyny, rezultaty,

jak i skuteczność działania jednostka przypisuje działaniu czynników zewnętrznych, niezależnych od niej (*nic na to nie poradzę*). Atrybucja zewnętrzna ogranicza lub eliminuje poczucie wpływu jednostki na własne życie (brak kontroli), dlatego powoduje też pogorszenie się późniejszego jej funkcjonowania (dezadaptacja). Atrybucje przyczyn powiązane są ze zjawiskiem egotyzmu atrybucyjnego, który wyznacza skłonność do przypisywania sukcesu sobie (czynniki wewnętrzne), a niepowodzeń – czynnikom zewnętrznym (T e s s e r 1995). Ponadto, w sytuacjach zagrożenia (np. zagrożenie obrazu własnej osoby, zagrażające wydarzenie, własna niekorzystna sytuacja życiowa) włącza się także obronna atrybucja odpowiedzialności, co powoduje, że jednostka ma tendencję do poszukiwania winnych za własną sytuację i obarczania odpowiedzialnością za nią innych ludzi (D o l i ń s k i 1993). Może to stanowić mechanizm racjonalizowania i uprawomocniania własnych negatywnych zachowań wobec innych, są oni bowiem traktowani jako zasługujący na takie działanie (swoisty mechanizm „zemsty”).

3. **Pesymistyczny vs. optymistyczny styl eksplanacyjny** to sposób wyjaśniania własnej sytuacji życiowej lub zachowania, związany: a) ze skłonnością do wyjaśniania własnych problemów i niepowodzeń przyczynami wewnętrznymi, stałymi i uogólnionymi (np. brak kompetencji, zdolności, inteligencji), czego konsekwencję stanowić może depresyjna reakcja na stres (wycofanie się z działań, zaburzenia internalizacyjne); b) z tendencją do przypisywania własnych niepowodzeń czynnikom zewnętrznym, zmiennym, sytuacyjnym i specyficznym (np. brak szczęścia), co z jednej strony uodparnia jednostkę na stres, polepszając chwilowo jej funkcjonowanie, ale z drugiej – pozbawia ją poczucia wpływu na bieg wydarzeń, powodując w dłuższej perspektywie zaburzenia w jej funkcjonowaniu psychospołecznym.

4. **Uzasadnianie i usprawiedliwianie własnego postępowania** odwołuje się do zjawiska dysonansu poznawczego (F e s t i n g e r 2007), występującego w sytuacji niezgodności zachowania z uznawanymi standardami czy ukształtowanymi postawami. Sytuacja ta powoduje, że jednostka poszukuje jej rozwiązań, dokonując reinterpretacji własnego zachowania (jest ono uzasadnione i usprawiedliwione np. uogólnionym złem świata lub złem innych ludzi), bądź też próbuje zmienić własne postawy i uznawane standardy (A r o n s o n 1997). Jest to sytu-

acja, jak się wydaje, mało specyficzna (charakterystyczna) dla funkcjonowania osób niedostosowanych społecznie, o zautonomizowanej tożsamości dewiantywniej, zwykle bowiem ich niewłaściwe zachowania są autonomiczne, więc doświadczany konflikt nie ma charakteru wewnętrznego; ale może być też charakterystyczna dla wcześniejszych, mniej zaawansowanych manifestacji zaburzeń, stanowiących potencjalne przesłanki kształtowania się tożsamości dewiantywniej (niedostosowania społecznego). Jednak z pewnością są to osoby narażone na doświadczanie zewnętrznego konfliktu: własne zachowanie *vs.* wymagania i oczekiwania społeczne, co może włączać mechanizm poszukiwania usprawiedliwień własnego zachowania (np. w czynnikach zewnętrznych – zewnętrzna atrybucja przyczyn). W kontekście resocjalizacji (wewnętrznej przemiany) mechanizm ten jednak ma istotne znaczenie w tym sensie, że warto dokonać próby identyfikacji sposobu wyjaśniania własnych zachowań, przeformułować ich znaczenie („obalić” racjonalizację) i dokonać próby zmiany standardów, uzasadniających negatywne zachowania.

5. **Mechanizm porównań społecznych** ma złożoną charakterystykę, obejmując *porównania w dół* i *porównania w górę*. Pierwszy mechanizm – *porównania w dół* – dotyczy oceny własnej niekorzystnej sytuacji w kontekście jeszcze gorszej sytuacji innych ludzi, co wyjściowo stanowi mechanizm redukcji negatywnych emocji związanych z doświadczaną sytuacją czy zdarzeniem. I w takim ujęciu ma charakter dezadaptacyjny, gdyż redukcja dyskomfortu psychologicznie zwalnia jednostkę z działania mającego na celu polepszenie własnej sytuacji, wyzwalając defensywność w działaniu. Jest to jednak mechanizm wykorzystywany w resocjalizacji, polegającej np. na angażowaniu jednostek niedostosowanych (przestępców) w działalność na rzecz osób z widoczną i ograniczającą wyraźnie możliwości samorealizacyjne niepełnosprawnością (porównanie własnej sytuacji z sytuacją osób z niepełnosprawnością paradoksalnie może służyć nie tylko polepszeniu samopoczucia, ale zwiększyć motywację do działania konstruktywnie zmieniającego własną sytuację życiową, która przestaje być postrzegana jako „beznadziejna”). Drugi mechanizm – *porównania w górę* – polega na porównaniu siebie z osobami podobnymi do siebie (w różnych sferach), ale mającymi większe osiągnięcia niż jednostka dokonująca oceny, dodatkowo w dzie-

dzinie dla niej ważnej, co ma charakter prorozwojowy, motywując do pozytywnego działania (mechanizm stymulacji działania), sprzyjając samorealizacji (pozytywna adaptacja). W kontekście jednak specyficznych doświadczeń życiowych i negatywnych (dewiantywnych) grup odniesienia (i osób znaczących) mechanizm ten może sprzyjać autonomizowaniu się tożsamości dewiantywniej, motywując jednostkę do „bycia jak inni” (w tym wypadku nastawieni opozycyjnie wobec uznawanych powszechnie standardów społecznych). Mechanizm ten można wykorzystać jedynie wówczas, gdy jednocześnie podejmie się pracę nad zmianą grup pozytywnego odniesienia na takie, które nie są opozycyjne wobec standardów społecznych, wskazując jednocześnie wspólne elementy ich sytuacji życiowej (muszą to być grupy społeczne postrzegane jako „podobne do Ja”), a także dokonując próby identyfikacji i odkrywania przez jednostkę niedostosowaną własnych potencjałów.

6. **Myślenie kontrfaktyczne** przyjmuje dwie formy: *gdybania w górę* i *gdybania w dół*. Pierwsza forma polega na tworzeniu w wyobraźni scenariusza wydarzeń lepszego niż ten, który miał miejsce (*co by było, gdyby*). Pełni to funkcję programowania działań w sytuacji podobnej do doświadczonej, sprzyjając poprawie funkcjonowania jednostki. Druga forma polega natomiast na wyobrażaniu sobie scenariusza gorszego niż faktyczny, co jednak pełni jedynie funkcję rozładowania negatywnych stanów emocjonalnych, ale nie sprzyja działaniom konstruktywnym. Mechanizm ten może być wykorzystywany głównie w projektowaniu działań mających na celu uświadamianie jednostce niedostosowanej społecznie np. dysfunkcyjności jej zachowań wobec własnej przyszłości, pokazując jej całe spektrum możliwych scenariuszy zdarzeń (rozwoju), w sytuacjach projektowanych wedle różnych założeń (pozytywnych i negatywnych scenariuszy życiowych).

7. **Technika autonarracji** polega na tworzeniu logicznej i spójnej historii pewnych zdarzeń (początek, rozwinięcie, zakończenie, czyli przyczyny, stan obecny i skutki), co stanowi logiczne rozwinięcie scenariuszy tworzonych wedle mechanizmu porównań społecznych i myślenia kontrfaktycznego. Autonarracja stanowi zatem technikę adaptacji przez zwiększenie samoświadomości, rozładowanie negatywnych emocji związanych z różnymi wydarzeniami życiowymi, co może być podstawą poszukiwania realistycznych rozwiązań.

Na równi z konstruowaniem własnej przyszłości i rekonstruowaniem własnej przeszłości niezmiernie istotnym czynnikiem prawidłowego rozwoju (aktywnego przystosowania eliminującego ryzyko zaburzeń w zachowaniu), jest — ukształtowany przez przeszłość, weryfikowany przez obecne wydarzenia i warunkujący planowanie przyszłości — **obraz siebie** traktowany jako **podstawa integracji zachowania i adaptacji**. Jak wskazałam wcześniej, punktem wyjścia w kształtowaniu wizji własnego życia i powodzenia procesów adaptacyjnych są niewątpliwie samoświadomość, posiadane przekonania o sobie i samoocena, które wpływają na aktywność kreatywną lub aktywność destrukcyjną rozwojowo. Ważne dla procesu prawidłowego przystosowania wydają się następujące zjawiska i zarazem mechanizmy rozwojowe:

a) **samoświadomość** odzwierciedlająca metaforycznie „bycie obiektem własnej uwagi i refleksji” stanowi podstawę autokreacji i refleksyjnego tworzenia „obrazu siebie”, będąc jednocześnie punktem wyjścia do potencjalnej zmiany lub potwierdzenia własnego obrazu; samoświadomość jednostek dewiantywnych jest w pewnym sensie ograniczona zarówno wskutek braku wykształcenia odpowiednich mechanizmów skłaniających do refleksji nad sobą i światem oraz relacją „Ja — świat”, jak i wskutek tzw. fałszywej świadomości, polegającej na zbudowaniu tego obrazu na fałszywych przesłankach lub budowaniu wizji pesymistycznych;

b) **przekonania o sobie — schematy Ja** mogą być konstruowane na podstawie różnych kryteriów i przyjmując formę przekonań: o charakterze pozytywnym *vs.* negatywnym, związanych ze stanem aktualnym (*jak jest*) *vs.* potencjalnym (*jak może być*), realnym (*jaki jestem*), idealnym (*jaki chciałbym być*) i powinnościowym (*jaki być powinienem*), a także odnoszących się do sfery prywatnej, publicznej i kolektywnej (K o f t a, D o l i ń s k i 2000); wiąże się to z możliwością oceny siebie i otoczenia społecznego w kategoriach: „Ja realnego”, „Ja idealnego” i „Ja powinnościowego”; zgodność *vs.* niezgodność owych stanów, zarówno wewnętrzna (*jaki jestem, chciałbym i powinienem być*), jak i zewnętrzna („Ja prywatne” i „Ja odzwierciedlone”), stanowi podstawę prawidłowej *vs.* nieprawidłowej adaptacji; refleksyjne (świadome) wykreowanie się własnego obrazu (tożsamości, osobowości) powinno iść w kierunku jego indywidualizacji, dlatego jednostka powinna osiągnąć status „Ja niezależnego”, w którym mieszczą się przekonania dotyczące jej właściwości i cech osobowych;

ale jednocześnie obraz ten winien być relatywny, elastyczny, osiągając także status „Ja współzależnego”, w którym mieszczą się przekonania opisujące postawę jednostki wobec świata społecznego („innych ludzi”) i postrzeganą postawę innych wobec Ja; łącznie odpowiada to wymiarowi rozwoju — od egocentryzmu do prospołeczności, od egoizmu do „poszerzonego Ja” (M a r k u s, C r o s s 1990), co stanowi egzemplifikację prawidłowego przystosowania (opartego na integracji wewnętrznej i integracji ze światem);

c) **samoocena (poczucie własnej wartości)** odzwierciedla jakość przekonań dotyczących własnej osoby; przekonania te obejmują różne stopnie generalizacji (ogólna, niespecyficzna i w poszczególnych sferach, specyficzna), różne poziomy (wysoka, niska) i stopień adekwatności — realizmu (adekwatna, nieadekwatna, zawyżona i zaniżona); samoocena stanowi podstawę autoafirmacji (S t e e l e 1988), którą wyznaczają (definiują) pozytywne emocje związane z percepcją siebie i spostrzeganiem własnej osoby przez otoczenie; prawidłowej adaptacji sprzyja niewątpliwie adekwatna ocena siebie, samoocena nieadekwatna zaś — zawyżona lub zaniżona — powoduje wiele wewnętrznych konfliktów, które potencjalnie mogą stanowić podłoże zjawisk dezadaptacyjnych (U r b a n 2012); należy mieć świadomość, że optymalny poziom rozbieżności między różnymi stanami Ja, ale bez wyraźnych zaburzeń samooceny, ma też charakter rozwojowy, sprzyjając kształtowaniu się motywacji do samodoskonalenia i samorealizacji (brak samozadowolenia, który sprzyja zmianie; samozadowolenie, które ogranicza motywację do zmiany).

Psychospołeczne funkcjonowanie człowieka (poziom przystosowania) i aktywna autokreacja (doskonalenie, dokonywanie zmian w sobie — utożsamiane tu z resocjalizacją), wyznaczone jest zatem przez triadę:

1) **rekonstrukcja własnej przeszłości**, pozwalająca świadomie określić, wyjaśnić i zrozumieć funkcjonowanie „tu i teraz” oraz dokonywać prób planowania własnej przyszłości „w zgodzie z sobą” — własnymi potencjałami i ograniczeniami;

2) **konstruowanie wizji własnej przyszłości**, które jest możliwe dopiero wówczas, gdy jednostka dokona samookreślenia (obraz Ja) w perspektywie przeszłości i terażniejszości, co wyznacza planowanie i motywację do działania zgodnego z planem oraz wspomagające jej autokreację;

3) percepcja własnej osoby, którą wyznaczają samoświadomość i samookreślenie (*kim jestem i chcę być*), samoocena i poczucie własnej wartości (*jaki jestem, jaki chcę być, jaki powinienem być*), stanowiące źródło autoafirmacji (samoakceptacji oraz zadowolenia z siebie i z własnego życia).

Oczywistość stanowi, że owe w większości indywidualne (poznawcze) mechanizmy ludzkiego rozwoju i adaptacji nakładają się na wielość mechanizmów społecznej adaptacji *vs.* dezadaptacji, które wycinkowo omówiłam w rozdziale 1, odnosząc się do wybranych koncepcji. W tym miejscu rozwinę niektóre z nich, bezpośrednio wskazując ich znaczenie dla procesu przystosowania się jednostki. Większość z mechanizmów tzw. społecznych można umiejscowić w strukturalno-kulturowym czy interakcyjnym (koncepcje naznaczenia) nurcie wyjaśniania mechanizmów dewiacyjnych. Mechanizmy te są bezpośrednio z sobą powiązane, wskazując z jednej strony społeczno-kulturowe warunki ujawniania się i ewokowania zachowań nieprzystosowawczych, z drugiej zaś — ich podłoże poznawcze, wynikające zarówno ze stereotypów społecznych, jak i schematów poznawczych jednostki, sprzyjających rozwojowi zaburzeń. Trzeba mieć także świadomość, że mechanizmy te wzajemnie się wyznaczają, ale jednak wyjściowo ukazują inne wyjaśnienia destrukcyjnych postaw społecznych i pozwalają inaczej określić tzw. czynnik pierwotny.

Wśród mechanizmów społecznych do najważniejszych należą:

1. **Mechanizm strukturalno-stratyfikacyjny** (Merton 1982; Siemaszko 1993), który odnosi się do kulturowego dziedziczenia pewnych właściwości osobowościowych, stanowiących rezultat społecznego położenia grupy (pozycja społeczna), do której jednostka należy (grupa przynależności). W koncepcji Roberta K. Mertona zakłada się, że struktura społeczna wyznacza różny zakres możliwości realizowania kulturowo określonych celów (wyznaczanych ogólnie przez odniesienie sukcesu, powodzenia). Mechanizmy adaptacji, które wykorzystuje jednostka — społecznie pożądane (konformizm), decydujące o prawidłowym przystosowaniu oraz dewiacyjne (wycofanie, bunt, innowacja i rytualizm) — zależne są od pozycji zajmowanej w strukturze społecznej, w odniesieniu zarówno do prawidłowej i wadliwej adaptacji, jak i do zdeteminowania charakteru (typu) mechanizmów dezadaptacyjnych. Abstrahując od analiz w tym aspekcie, wskażę jedynie konsekwencje dla in-

dywidualnej lub społecznej destrukcyjności zachowań jednostki. Wśród mechanizmów bezpośrednio ewokujących indywidualną destrukcję (tylko wtórnie zaś społeczną) można wskazać dwa typy przystosowania, a więc rytualizm i wycofanie. Rytualizm można bowiem traktować jako sposób radzenia sobie z problemami kreatywnymi dokonujący się przez redukcję aspiracji (*poprzestanie na małym, skoro nie można osiągnąć więcej*). Jest to strategia adaptacyjna, która niewątpliwie bezpośrednio nie stanowi zagrożenia społecznego, ale decyduje o nieautonomicznej, bezrefleksyjnej i nieautentycznej drodze własnego rozwoju (niewykorzystanie własnych potencjałów, które pozostają nieujawnione). Pośrednio jednak, egzemplifikując zachowania charakterystyczne dla osobowości autorytarnej (niezdolność do przekraczania norm ze względu na wskazania autorytetu, jakim są standardy, czyli normy społeczne), zachowania jednostki będą pochodną wskazań autorytetu, zatem ich społeczna kwalifikacja będzie zależała jedynie od wzorów, z jakimi jednostka silnie i bezrefleksyjnie się identyfikuje — pozytywnych, prospołecznych *vs.* negatywnych, szkodliwych społecznie (R o k e a c h 1954; M i l g r a m 2008; A d o r n o 2010; por. M i s i a k 2003), co egzemplifikuje w resocjalizacji np. przynależność do grup konstruktywnych lub destrukcyjnych społecznie. Wycofanie, stanowiące rozwiązanie i tzw. strategię ucieczkową, w swej istocie jest jedynie poszukiwaniem sposobów „zagłuszania problemów” i eliminacji ich z „pola psychologicznego” (*problem nie istnieje, jeśli się nim nie zajmujemy*). Powoduje to głównie indywidualną destrukcyjność dla jednostki, która nie tylko nie rozwija się zgodnie z własnymi potencjałami i preferencjami, ale ma także poczucie niesprawiedliwości społecznej wynikającej z faktu, że strategia działania, którą była zmuszona wybrać (wykluczenie z przymusu), stanowi jedynie wynik braku możliwości działania konstruktywnego, jakie zostało przez nią zinternalizowane (nie mogąc łamać standardów społecznych, z którymi się identyfikuje, jedyną drogą jest tu wycofanie się z jakiegokolwiek aktywności). Zdaniem Mertona, jest to charakterystyczne dla jednostek, które nazywa „podwójnie przegranymi”, dążenia autokreacyjne bowiem zostały tu podwójnie zablokowane (jednostka nie może i nie chce łamać norm¹).

¹ Chcąc osiągnąć sukces (wartość zinternalizowana) i nie mogąc łamać przy tym norm (zinternalizowane normy), a jednocześnie nie mając możliwości (zajmowana pozycja w struk-

Bezpośrednio szkodliwość lub zmianę społeczną (jedynie wtórnie indywidualną) wyznaczają dwa mechanizmy – bunt (burzenie ładu społecznego) i innowacja (instrumentalizm działania). Wiążą się bowiem bądź z restrukturyzacją społeczeństwa wedle nowo ustalonych przez buntowników standardów, bądź z sięganiem po niedozwolone (innowacyjne) środki osiągnięcia wartości (celów) społecznie ustanowionych i kulturowo pożądaných. Bunt może służyć konstruktywnej zmianie społecznej, jednakże zwykle w sytuacji rozwojowej i w dostępnych jednostce niedostosowanej społecznie deficytowych warunkach jej życia ma charakter buntu emocjonalnego, destrukcyjnego, związanego też z formowaniem się dewiacyjnie nastawionych wobec ładu społecznego subkultur.

2. **Mechanizmy stygmatyzacji** (napiętnowania) i **autostygmatyzacji** (autonapiętnowania), czyli „samospelniające się proroctwo” (Goffman 2005), to wynik społecznego przypisania jednostce „etykiety” osoby, która posiada pewne atrybuty społecznie nieakceptowane. Źródłem owego naznaczenia są społeczne stereotypy określające cechy osób należących do określonej kategorii społecznej (podlegającej społecznej marginalizacji). Jednostki niedostosowane społecznie należą niewątpliwie do jednej z kategorii społecznych, które opisywane są stereotypowo, nie tylko ze względu na jej cechy, ale też i źródło kształtowania się tych cech (wewnętrznie zdeterminowane, atrybucja wewnętrzna). Przypisane im piętno, wskutek braku możliwości obrony przed jego przypisaniem, w rezultacie uwewnętrznia się, wyzwalaając zachowania zgodne z przewidywaniami otoczenia, wtórnie stając się potwierdzeniem, że to społeczeństwo „miało rację”. Daje to jednostkom naznaczającym podstawę do usprawiedliwiania własnych działań stygmatyzujących, a dla jednostki naznaczonej stanowi dowód, że przypisana etykieta jest słuszna, więc nie ma sensu z nią „walczyć” (samospelniające się proroctwo).

3. **Mechanizm sprawiedliwej vs. niesprawiedliwej alokacji dóbr** wynika z podziałów społecznych o charakterze stratyfikacyjnym (potwierdza to koncepcję Roberta K. Mertona). W społeczeństwie „urządzonym” w sposób ograniczający możliwości samorealizacji pewnych

turze społecznej) działania zgodnego zarówno ze społecznie i kulturowo określonymi celami (wartościami), jak i ze środkami ich osiągnięcia (normami), człowiek musi w jakiś sposób zredukować frustrację wynikającą z sytuacji patowej (musi się wycofać z działania, dlatego jest „podwójnie przegrany” i jedyne, co może zrobić, to znaleźć sposób, „jak uśmierzyć ból”).

nieuprzywilejowanych grup społecznych rządzi reguła „sukces odnoszą ci, którzy mają władzę lub znajomości”. Potwierdza to psychologiczna koncepcja „sprawiedliwego świata” Melvina J. Lerner’a (1975, 1977, 1980), wedle której „każdy ma to, na co zasługuje”, czego wyznacznikiem są osobiste lub zapożyczone atrybuty (prestż osobisty i zapożyczony). Przekonanie, że świat rządzi się regułami „siły, władzy i układów”, z jednej strony ogranicza tendencje emancypacyjne i aktywność ukierunkowaną na zmianę własnego położenia („na układy nie ma rady”), stanowiąc w rezultacie źródło wykreowania osobowości zewnętrzsterownej, zależnej, pogodzonej z „danym jej z góry losem”, z drugiej zaś — może włączać tendencje opozycyjne, zrodzone z buntu przeciw niesprawiedliwości świata (skoro świat jest niesprawiedliwy, mogą łamać reguły ustalonej gry, które są nieprawomocne).

4. **Mechanizm rywalizacji** o ograniczone zasoby stanowi pochodną poprzednich koncepcji, w kontekście zaś funkcjonowania jednostki posiadającej przekonanie, że „dóbr nie wystarczy dla wszystkich”, a jednocześnie przeświadczonej, że kulturowo wyznaczona jest wartość nadrzędna, jaką stanowi odniesienie sukcesu, może powodować instrumentalizm i niekierowanie się dobrem innych (zachowania krzywdzące, więc niedostosowane). Skutkiem tego, że pozycję społeczną wyznacza sukces — a jak z jego definicji wynika, nie każdy może go odnieść (ograniczone zasoby) — jest doświadczanie frustracji, która powoduje pogorszenie się funkcjonowania psychicznego wynikającego ze stałego poczucia zagrożenia i niepewności co do posiadania odpowiednich zasobów, by „utrzymać” posiadaną pozycję. Reguła rywalizacji wyznacza też przekonanie, iż wygrywają „silniejsi” i „bardziej zasobni w kompetencje”, co w kontekście problemów z samooceną (obrazem siebie), może powodować przyjęcie przez niektórych (słabszych, mniej kompetentnych — grupy zmarginalizowane społecznie) strategii rezygnacyjnej (pasywnej), ewokując potencjalnie zaburzenia internalizacyjne. Przyjęcie zaś strategii aktywnej, opozycyjnej, buntowniczej, z racji jej zwykle negatywnego charakteru (destrukcyjne strategie radzenia sobie), jest źródłem wzmożonej społecznej repulsji, występującej w funkcji ochrony własnej uprzywilejowanej pozycji, lub obrony przed zagrożeniem wpływającym z opozycyjnych zachowań. Naznaczenie zostaje uwiarygodnione, powodując nasilenie sankcji, które dodatkowo są uprawomocnione kul-

turowo, wtórnie zaś marginalizują jednostki, które buntują się przeciw własnej nieuprzywilejowanej pozycji społecznej.

Przybliżając wybrane mechanizmy społeczne dezadaptacji jednostki, trzeba mieć także świadomość ich ulokowania w szerszym kontekście społeczno-kulturowym. Kontekst ten bywa określany jako wyzwania lub zagrożenia dla procesu przystosowania płynące z kształtu współczesnego świata, o czym wspomniałam, analizując założenia psychologii pozytywnej. Współczesny człowiek żyje bowiem w społeczeństwie ryzyka wyznaczanym – zgodnie z refleksjami Ulricha Becka (2012):

a) **nierównością**, ewokującą naturalnie poczucie dyskomfortu związanego z postrzeganiem świata jako niesprawiedliwego, oraz

b) **niepewnością**, warunkowaną przez dystrofię więzi społecznych, brak wsparcia i autorytetów ukierunkowujących ludzki rozwój, dokonywane wybory i ich prawomocność.

Ponowoczesność jako fenomen wyjaśniający głównie drugą formę zagrożeń rozwojowych stanowi jednocześnie o niepewności wyborów auokreacyjnych, co w ujęciu psychologicznym określić można jako zmianę statusu i źródła kontroli: przejście od statusu jednostki nadmiernie kontrolowanej zewnątrznie (determinującej w większym stopniu zaburzenia internalizacyjne) do statusu jednostki „zmuszonej” do nadmiernej kontroli wewnętrznej (determinującej frustracyjne podłoże zaburzeń eksternalizacyjnych). To oczywiście teza stawiana *ad hoc*, ale znajdująca potwierdzenie w refleksjach psychologów i socjologów.

Ogólnikowo jedynie scharakteryzowane mechanizmy społeczne, potencjalnie uruchamiające proces dewiacyjny, potraktowano wybiórczo, wskazując tylko te, które mieszczą się w nurcie poznawczym. Trzeba mieć też świadomość, że mechanizmy społeczne wchodzą w interakcje z mechanizmami psychologicznymi, łącznie wyznaczając dynamikę procesu dewiacyjnego.

2.1.1.3. Poznawcze mechanizmy rozwoju i psychopatologii zaburzeń rozwojowych

Odnieśmy się zatem do założeń psychologii poznawczej, którą traktuję jako integrującą mechanizmy społeczne i indywidualne, związane

z kształtowaniem się przekonań o naturze człowieka i świata, zarówno jednostki zagrożonej niedostosowaniem, jak i otoczenia społecznego. Może to stanowić podstawę analizy zjawiska nieprzystosowania społecznego lub prawidłowego rozwoju, traktowanych jako zaburzenia osobowości *vs.* kształtowanie się dojrzałej osobowości, stanowiących wynik ugruntowanych przekonań, warunkujących funkcjonowanie jednostki w świecie.

Rozwój osobowości i zaburzenia osobowości w teoriach poznawczych rozumiane są jako systemy adaptacyjnych *vs.* dezadaptacyjnych operacji, spełniających funkcje poznawcze i emocjonalno-motywacyjne, którym jednostka przypisuje istotne lub nadmierne znaczenie, ze względu na ich częste wykorzystywanie w przeszłości w funkcji adaptacji lub przetrwania. W kontekście formowania się zaburzeń schematy te mają charakter prymitywny, bo niedostosowany do obecnego etapu rozwoju (Alford, Beck 2005: 22; por. Murecka 2015). Były zatem funkcjonalne w przeszłości, służąc adaptacji, ale ich ciągle sztywne powtarzanie (fiksacja) staje się źródłem nieprzystosowania społecznego.

Na skutek specyficznych doświadczeń wykształcają się w jednostce określone wzorce myślenia (schematy poznawcze), będące skutkiem nadwrażliwości na niektóre bodźce płynące ze środowiska, właśnie te, którym przypisuje ona nadmierne znaczenie (np. odrzucenie, ignorowanie, niesprawiedliwość, zagrożenie, kłamstwo, oszustwo, strata). Emocjonalne uwrażliwienie na niektóre, mające jednak szczególne znaczenie, bodźce zewnętrzne nieświadomie uruchamia w jednostce motywację i nastawienie (wewnętrzny detektor) na odbieranie właśnie tych bodźców. Pamięć i uwaga koncentrują się wybiórczo na bodźcach znaczących, powodując, że jednostka istotnie częściej wykrywa, odbiera i przypomina sobie informacje zgodne z wykształconym schematem myślowym (pomijając inne, które mogłyby mu zaprzeczać). Wtórnie schemat ten zostaje potwierdzony i wzmocniony, paradoksalnie zaś (niejako wyprzedzając możliwe zagrożenia płynące z zewnątrz) jednostka sama poszukuje informacji i znajduje te, które potwierdzają jej sposób postrzegania rzeczywistości. Dotyczy to także racjonalnie ukształtowanych i pozytywnych przekonań o sobie, naturze świata i relacjach z nim, stanowiąc podstawę tzw. optymizmu (schematy pozytywne czy tzw. pozytywne myślenie skutkujące większą zaradnością). Pozytywne myślenie musi jednak mieć racjonalne

podstawy, by działania podejmowane przez jednostkę były skuteczne. W wypadku zaburzeń przystosowawczych schematy te mają charakter irracjonalny, stanowiąc źródło różnych zaburzeń w rozwoju osobowości, specyfika tychże zaburzeń zaś jest pochodną określonych i specyficznych dlań doświadczeń życiowych (oddziaływań środowiskowych).

Konkludując, w teoriach poznawczych zaburzenia osobowości rozumie się zatem jako systemy dezadaptacyjnych operacji, spełniających funkcje poznawcze, emocjonalne i motywacyjne, ich cechą konstytutywną zaś jest przypisywanie im nadmiernego znaczenia. Nadaje im to status strategii tzw. prymitywnych (Alford, Beck 2005: 22), prowadząc do fiksacji na skutek ich sztywności, a więc nieprzystosowania.

Zaburzenia psychopatologiczne, jako pochodne nieprawidłowości w procesach poznawczych, związane są ze specyficznymi zniekształceniami lub deficytami poznawczymi, stanowiącymi rezultat dokonywania przez jednostkę tendencyjnych interpretacji własnych doświadczeń. Alvaro Q. Barriga, John C. Gibbs, Granville Bud Potter i Albert K. Liu (2005: 3) definiują zniekształcenia poznawcze jako (nadmierne) zwracanie uwagi na to, czego się doświadcza, oraz przypisywanie znaczeń swoim doświadczeniom w sposób niedokładny lub „skrzywiony”, co może przyczynić się do występowania problemowych reakcji emocjonalnych i behawioralnych na te doświadczenia. Częste występowanie zniekształceń poznawczych jest korelatem objawów psychopatologii: zachowań eksternalizacyjnych (agresja, przestępczość), nazwanych przez autorów egotystycznymi zniekształceniami poznawczymi (*self-serving cognitive distortions*) lub internalizacyjnych (lęk, depresja), nazwanych samoponiżającymi zniekształceniami poznawczymi (*self-debasing cognitive distortions*; por. Achenbach, Edelbrock 1978; Achenbach 1982, 1985, 1990 a, b, 1991 a, b, c, d, 1993). Jako specyficzne dla niedostosowania społecznego zwykle traktuje się te pierwsze, związane z zaburzeniami eksternalizacyjnymi (behawioralnymi), jednak można założyć, że w sposób „okrężny” także zaburzenia internalizacyjne (emocjonalne), stanowiące efekt samoponiżających zniekształceń poznawczych, mogą prowadzić do zaburzeń zachowania.

Bardziej znaczące jednak w geniezie procesu nieprzystosowania wydają się egotystyczne zniekształcenia poznawcze, co wiąże się z ich funkcją, która może wstępnie mieć charakter adaptacyjny:

a) obrona Ja przed oskarżeniami lub negatywną samowiedzą, racjonalizacja postaw i przekonań służąca neutralizacji potencjalnej empatii lub poczucia winy za własne zachowania (Sykes, Matza 1957; Agnew 1994);

b) mechanizmy obronne osobowości (Redl, Wineman 1951, 1957);

c) mechanizmy zubożenia moralnego (Bandura 1991, 2007).

Wszystko to pozwala je operacjonalizować jako nieracjonalne myśli, przekonania oraz wykreowane na ich bazie postawy odnoszące się do własnych lub cudzych zachowań społecznych. Odgrywają one centralną rolę w wyjaśnianiu zachowań antyspołecznych (Barriega, Gibbs, Potter, Liau 2005: 4).

Wtórnie jednak mechanizmy te powodują nieprzystosowanie społeczne, co podkreślają Aaron T. Beck, Arthur Freeman, Denise D. Davis (2005). Nieprzystosowawcze myśli o sobie, innych, świecie i własnej przyszłości prowadzą do zniekształceń poznawczych, powodujących pojawianie się nieadekwatnych emocji. Triada poznawcza Becka (myślenie o sobie, świecie i przyszłości) jest efektem doświadczeń zdobytych w toku socjalizacji, zwrotnie zaś stanowi swoisty filtr, który selekcjonuje nowe informacje i doświadczenia jednostki i nadaje im znaczenia. Schematy poznawcze decydują o nadawaniu dezadaptacyjnych znaczeń (dysfunkcyjne przekonania), odnoszących się do własnej osoby, otaczającego jednostkę świata i własnej przyszłości, one zaś są wynikiem interakcji genetycznych predyspozycji i szkodliwych oddziaływań innych osób (socjalizująco znaczących), stanowiących zwykle źródło doświadczanych przez jednostkę traumatycznych zdarzeń.

Świat jest takim, jakim go spostrzegamy, jakie nadajemy mu znaczenie, dlatego doświadczane traumy (cierpienie, negatywne emocje), warunkujące nasze zachowania (dezadaptacyjne), są zwykle wynikiem irracjonalnego i dysfunkcjonalnego przez to myślenia (Ellis 1999). Diagnoza w resocjalizacji i jednocześnie działanie resocjalizujące powinny zatem być skoncentrowane na identyfikacji dysfunkcjonalnych schematów poznawczych oraz ich restrukturyzacji w kierunku pozytywnym (przebudowa dezadaptacyjnych przekonań dotyczących własnej osoby, innych ludzi i własnej przyszłości).

Odnosząc się do opisanych wcześniej mechanizmów poznawczych i społecznych, określających kształtowanie się nieprawidłowych prze-

konań, a także empirycznych eksploracji charakteryzujących jednostki nieprzystosowane społecznie, można odnieść się także do poznawczych koncepcji osobowości, np. Seymoura Epsteina. Warto tu wskazać, że przekonania na temat świata i natury ludzkiej, tzw. potoczne teorie rzeczywistości (Dweck 2000), pełnią ważne funkcje regulacyjne: mogą wpływać na zachowanie albo stanowią mataregulator oddziałujący na powstawanie innych, mniej uogólnionych sądów, zawsze zaś mają znaczenie dla funkcjonowania społecznego jednostki. Pozwalają zatem przewidywać jej reakcję na odrzucenie społeczne, identyfikować cele stawiane sobie przez nią w relacjach z innymi czy też przewidywać zachowanie w sytuacjach trudnych w relacjach z partnerem. Ponadto wpływają na ocenę innych ludzi, przypisywanie im określonych intencji i przyczyn ich zachowań (Atkinson 1981; Dweck 2000; Pervin 2002), a tym samym zwrótnie wpływają na zachowania jednostki wobec innych. Przekonania te mogą mieć charakter adaptacyjny (przekonania pozytywne) lub charakter dezadaptacyjny (przekonania negatywne). Mogą być powiązane z sobą, tworząc pewien system nadający sens spostrzeganej rzeczywistości, bądź stanowić element szerszego, całościowego systemu, obejmującego reakcje emocjonalne, cele i strategie behawioralne (Pervin 2002; Mischel 2004; Lachowicz-Tabaczek 2004; Oleś 2009).

Poznawcza teoria osobowości odnosi się do tego, jak człowiek rozumie świat i siebie samego, a także jak działa w świecie stosownie do tego, jakie ma o nim oraz o sobie przekonania (Oleś, Draj-Ruszczak 2008: 702). Osobowość definiowana jest tu jako zbiór poglądów i przekonań ludzi na temat rzeczywistości oraz sposobów przetwarzania informacji i tłumaczenia zdarzeń (Pervin 2002: 79). Poznawcze elementy osobowości obejmują *schematy* — kategorie porządkujące wiedzę o świecie i o Ja, *atrybucje* — przyczyny przypisywane zdarzeniom, oraz *przekonania* — poglądy, że coś jest prawdą lub nie. Jeśli osobowość ujmemy jako system odpowiedzialny za poznawanie rzeczywistości, nadawanie jej znaczeń i zgodne z tym zachowanie, wówczas przekonania odgrywają istotną rolę w konstruowaniu poznawczym (Kofta, Doliński 2000).

W podejściu poznawczym przekonania stanowią jeden z istotnych elementów struktury osobowości, przedmiotem analizy zaś jest tu sposób myślenia o sobie i o świecie. Mogą one dotyczyć świata fizycznego, innych ludzi i nas samych, mogą także przybierać postać uogólnionych

sądów dotyczących natury rzeczywistości (Rotter 1954; Lerner, Miller 1978; Bandura 1986; Doliński 1993; Lerner 2003; Trzebiński, Zięba 2004; Oleś, Drat-Ruszczak 2008), a więc:

1. **Świat** — jest przewidywalny, sprawiedliwy, dominują w nim wydarzenia dobre *vs.* jest pełen chaosu oraz niesprawiedliwości i dominują w nim złe zdarzenia, dlatego jest przychylny bądź nieprzychylny jednostce.

2. **Inni ludzie** — są źródłem wsparcia *vs.* stanowią zagrożenie dla realizowanych przez jednostkę celów.

3. **Ja** — to osoba konstruktywnie radząca sobie z przeciwnościami, trudnościami *vs.* osoba, którą doświadczane przeciwności załamują bądź zniechęcają.

Próbując wyjaśnić i przewidzieć zachowania zwiększające lub redukujące ryzyko wystąpienia zaburzeń, można odnieść się do różnych modeli i teorii zachowań. Przywołując te podstawowe i najbardziej interesujące, można przyjąć, że zwykle nawiązują one do koncepcji społeczno-poznawczych, np. teorii uzasadnionego działania (Ajzen, Fishbein 1980; za: Juczyński 2009: 74) czy teorii planowanego zachowania (Ajzen 1991: 179–211; por. Juczyński 2009: 74). W koncepcjach tych zakłada się bowiem istnienie różnych wyznaczników zmiany zachowań, traktując je jako postawy osobiste jednostki oraz subiektywne normy, u których podłoża leżą ludzkie przekonania: osobiste i normatywne. Przekonania stanowią w tym ujęciu względnie trwałe właściwości jednostki, które kształtują się w procesie socjalizacji, odzwierciedlają zaś spostrzegane konsekwencje własnych działań (zachowań) lub własne cechy sprzyjające bądź też niesprzyjające realizacji działania (zachowania). Człowiek może mieć przy tym wiele przekonań na temat samego siebie, swojej relacji ze światem, swoich zachowań, ale w danym momencie lub sytuacji ważne okazują się jedynie niektóre z nich. Natomiast subiektywne normy reprezentują wpływy, jakie wywierają na zachowanie jednostki inne znaczące osoby (źródła wpływu), dlatego angażuje się ona w określone zachowania lub unika ich ze względu na to, że oczekując tego od niej znaczący dlań „inni”.

Wśród poznawczych koncepcji osobowości wybrano znaczącą z perspektywy diagnozy resocjalizacyjnej **poznawczo-doświadczeniową teorię Ja** Epsteina (1990 a: 165–192, 1990 b: 11–32, 2006: 69–76;

por. Oleś, D r a t - R u s z c z a k 2008: 702—705). Podstawowe dla wyjaśniania sposobu konstruowania własnej osobowości subteorie odnoszą się do: **teorii świata** (*world theory*), np. świat jest wrogi *vs.* przyjazny, przewidywalny *vs.* nieprzewidywalny; **teorii siebie** (*self theory*), np. Ja jest wartościowe *vs.* bezwartościowe, kochane *vs.* niekochane; **teorii relacji „Ja—świat”**, która wyznacza przekonania o kontroli, własnej skuteczności, możliwości modyfikowania świata (lub ich opozycjach).

Jednostka przetwarza informacje o sobie i świecie ułożone w ramach dwóch systemów, które stanowią składowe teorii (*building blocks*):

1. **System racjonalny**: przekonania (świadome, jawne: teoria siebie i świata), których źródłem są własne doświadczenia i przekaz społeczny (kulturowy). Jest to system specyficznie ludzki, w którym problemy rozwiązywane są z zaangażowaniem myślenia i rozumowania, działający w sposób świadomy, ukierunkowany, zwykle werbalny, niezbyt szybki, wymagający wysiłku, abstrakcyjny, analityczny i raczej wolny od bezpośredniego wpływu emocji. Przystawianie przekonań następuje dzięki logicznemu wnioskowaniu i racjonalnemu opracowaniu doświadczeń (np. *jeśli ktoś jest przesadnie uprzejmy, to może mieć ukrytą intencję*).

2. **System doświadczeniowy**: schematy, czyli przedświadome, ukryte teorie siebie i świata, które są generalizacjami własnych, emocjonalnie ważnych doświadczeń (schematy opisowe i motywacyjne). To system automatycznego uczenia się, który występuje u człowieka i zwierząt, warunkuje zaś elementarne procesy przystosowania. System ten działa w sposób przedświadomy, automatyczny, niewerbalny, skojarzeniowy, szybki, bezwysiłkowy, konkretny, a zarazem całościowy. Jest silnie powiązany z emocjami. Informacje zdobywane są w toku bezpośredniego doświadczenia, na którego podstawie tworzą się schematy reagowania (np. *nie należy ufać obcym*). Przykład schematów opisowych: *autorytety są niebezpieczne, jestem osobą dobrą*. Przykład schematów motywacyjnych: *jeśli się postaram, mogę osiągnąć to, czego pragnę*.

Systemy te działają równolegle, ale nie oznacza to, że nie zachodzą między nimi interakcje (B a r g h 1999: 209—256; E p s t e i n 2006). Oba systemy wyznaczają też zachowanie, choć w różnych sytuacjach oddziałują na nie w różnym stopniu. System doświadczeniowy główną rolę odgrywa w zachowaniu codziennym, system racjonalny zaś — w aktywności edukacyjnej i zawodowej.

Można założyć, że system przekonań osób niedostosowanych społecznie konstruowany jest głównie poprzez doświadczenia (zwykle niekorzystne rozwojowo), dostępne jednostce w życiu codziennym, deficyty zaś odnoszą się głównie do systemu przekonań budowanych racjonalnie, decydujących o sferach rozwoju ważnych w procesie samorealizacji, czyli w sferze edukacyjnej i zawodowej.

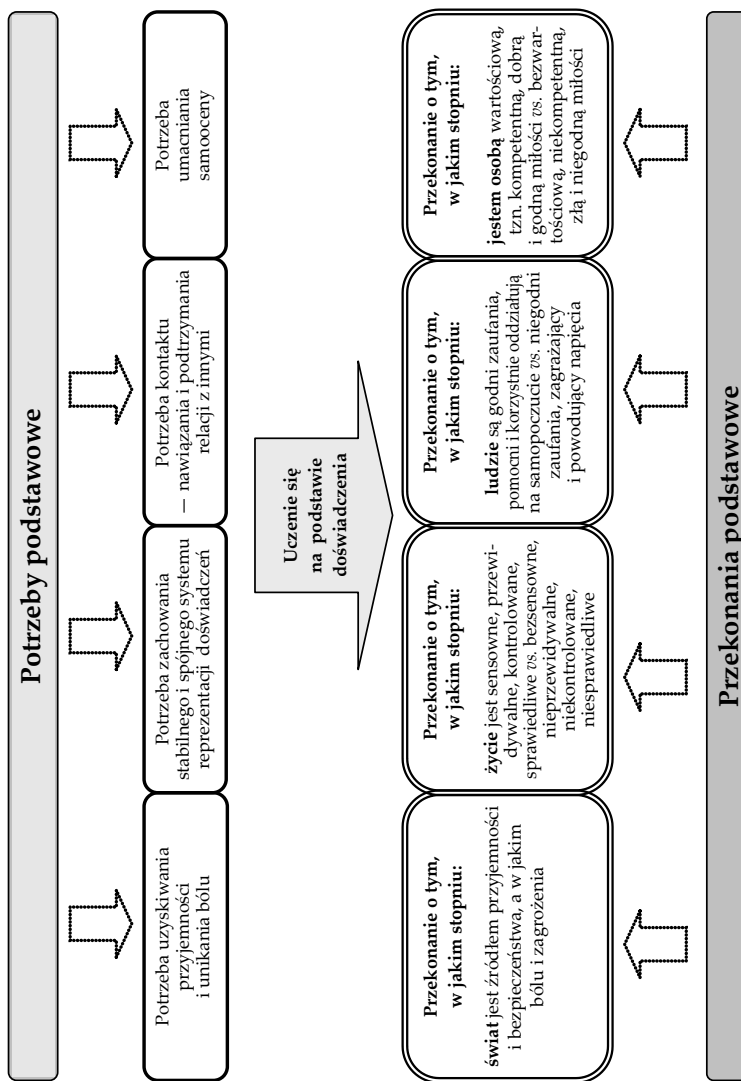
W ramach systemu doświadczeniowego tworzy się automatycznie ukryta teoria osobowości, której składowe stanowią: teoria Ja, teoria świata i teoria powiązań między nimi. Schematy tej teorii są uporządkowane hierarchicznie w sieci poznawczo-emocjonalnej, oddziaływania zaś zachodzą w dwóch kierunkach: systemy wyższego rzędu (przekonania) zapewniają stabilność i ogólność, a systemy niższego rzędu (reakcje) zapewniają giętkość i specyficzność (szczegółowość). Zakwestionowanie schematu wyższego rzędu zagraża wewnętrznej organizacji systemu i wywołuje automatyczne reakcje emocjonalne, co może wyzwać zachowania obronne prowadzące do zaburzeń w zachowaniu.

W **systemie doświadczeniowym** (schemat 4), bardziej podstawowym, bo pierwotnym i niekwestionowalnym, aktywne są jednakowo ważne *cztery potrzeby podstawowe*, ale każda z nich może zdominować pozostałe. Zachowanie człowieka jest bowiem pochodną wpływów potrzeb aktywnych w danym momencie. Z potrzebami skojarzone są *cztery podstawowe przekonania* nabywane w toku ich realizacji.

Podstawowe potrzeby i przekonania bezpośrednio wpływają na uczucia, myśli i zachowanie człowieka, dlatego też trafnie odzwierciedlają jego osobowość. Ich wpływ zależy od wzajemnych interakcji między nimi (np. inny jest wpływ negatywnych przekonań na temat świata i pozytywnych na temat siebie — „Ja OK, Wy nie OK”. niż wpływ negatywnych przekonań na temat siebie i pozytywnych na temat świata — „Ja nie OK, Wy OK”.), ale też od tego, czy zaspokajanie potrzeb jednostki przebiega w sposób harmonijny, czy konfliktowy. Proces zaspokajania potrzeb oznacza więc dynamiczną równowagę między nimi, stanowiąc zwykle pewien kompromis (np. jeśli jedna potrzeba zostaje zaspokojona kosztem innych, wówczas te niezaspokojone potrzeby oddziałują silniej, co prowadzić powinno do ograniczenia potrzeby dominującej).

Schemat 4

Potrzeby i przekonania podstawowe wg Seymoura Epsteina



Źródło: Opracowania własne na podstawie: Epstein 2006; Oleś, Draj-Ruszczyk 2008: 704

Trwałe zaburzenie równowagi pomiędzy potrzebami a ich ekspresją może prowadzić do różnych form psychopatologii (E p s t e i n 1991 a: 79–123, 1991 b: 117–137, 2006), co oznacza, że specyficzne cechy osobowości ukształtowane w toku rozwoju różnicują osobowość osób niedostosowanych społecznie (niedojrzała osobowość) i prawidłowo przystosowanych (dojrzała osobowość). Oznacza to również, iż w systemie doświadczeniowym obu grup porównawczych kształtują się odmienne systemy przekonań związane z nastawieniami percepcyjnymi (opisowymi) i motywacyjnymi (ukierunkowującymi działanie), co stanowi wynik zablokowania realizacji podstawowych potrzeb (poczucia własnej wartości, czyli umacniania samooceny; potrzeb afiliacyjnych, czyli nawiązywania i podtrzymywania relacji z innymi ludźmi; poczucia sensowności świata, czyli stabilnego i spójnego systemu reprezentacji doświadczeń; poczucia bezpieczeństwa w świecie, czyli uzyskiwania przyjemności i unikania bólu). Wiele badań bezpośrednio czy pośrednio wskazuje na jakość środowiska życia jednostki jako na ważny czynnik psychopatogenetyczny, zatem można sądzić, iż jego (środowiska) deficyty, wskazywane jako czynnik nieprzystosowania, różnicują kształtowanie się przekonań na temat siebie, innych ludzi, świata i własnego życia. Zaburzenia zachowania (wskaźnik nieprzystosowania) stanowią w takim ujęciu funkcjonalny przejaw posiadanych przekonań waloryzujących negatywnie różne elementy świata życia, w którym jednostka jest jego podstawowym i niezbywalnym elementem (O s t a f i ń s k a - M o l i k 2014; W y s o c k a, O s t a f i ń s k a - M o l i k 2014).

2.1.1.4. Zniekształcenia poznawcze jako wyznaczniki jakości rozwoju

Badania dotyczące osobowości rozumianej jako system przekonań o sobie, naturze świata i relacji z nim, obejmujące sposób postrzegania świata (schematy opisowe) i motywację do działania w świecie (schematy motywacyjne, preferencyjne), potwierdzają istotne zróżnicowanie osób niedostosowanych społecznie i prawidłowo przystosowanych w zakresie większości owych przekonań (por. W y s o c k a, O s t a f i ń s k a - M o l i k 2014). Można zatem sądzić, iż stanowią one złożone mecha-

nizmy nieprzystosowawcze, będąc zarówno podłożem kształtowania się osobowości dewiantywniej, jak i zapewne rezultatem procesu społecznego „wykolejenia”. Stwierdzone różnice są na tyle wyraźne, iż nie można uznać ich za efekt przypadkowy, wykorzystane zaś w badaniach narzędzie diagnostyczne (zob. A k s m a n, W y s o c k a 2011; G o ł e k, W y s o c k a 2011; W y s o c k a 2011; W y s o c k a, G ó ź d ź 2011) można tym samym uznać za diagnostyczne w ocenie mechanizmów nieprzystosowawczych i przydatne w projektowaniu postdiagnostycznym, czyli w tworzeniu indywidualnego programu resocjalizacyjnego, a nawet systemu oddziaływań resocjalizacyjnych, ukierunkowanych na zmianę w zakresie ukształtowanych w procesie dewiantywnym nastawień życiowych charakterystycznych dla niedostosowania społecznego. Oczywiście, trzeba mieć świadomość, że uzyskane wyniki – pomimo statystycznego potwierdzenia ich istotności – wymagałyby potwierdzenia w badaniach szerszej zakrojonych. Ogólnie jednak, jednostki niedostosowane społecznie (w porównaniu z osobami prawidłowo przystosowanymi) z pewnością charakteryzuje mniej pozytywna wizja siebie (samoocena), otaczającego świata (relacji interpersonalnych i postrzeganie świata jako kategorii ogólnej) i własnego życia (możliwość działania w świecie i kontrolowania zdarzeń), co czyni trudniejszym ich funkcjonowanie w świecie, jego nieprzyjazność bowiem i niegościnnność stanowiąc mogą źródło doświadczanych frustracji, budując doświadczania, które jednocześnie uprawomocniają zachowania pozanormatywne (świat i inni ludzie zasługują na „złe traktowanie”), co stanowi podstawę do wnioskowania o funkcjonalności zachowań nieprzystosowawczych.

Jednak mechanizm zachowań dewiantywnych jest niewątpliwie złożony, uzyskane zaś wyniki nie odzwierciedlają tej złożoności, a jedynie wskazują te elementy osobowości, które można uznać za „zaburzone” i „zaburzające” dalszy rozwój jednostek nieprzystosowanych, bez uwzględniania ich dynamiki i wewnętrznych powiązań. Uzyskane wyniki wydają się jednak w takim stopniu interesujące, iż motywują do dalszych eksploracji w obszarze złożonych mechanizmów osobowościowych i społecznych, determinujących kształtowanie się osobowości dewiantywniej i wymiarów ją określających (cech i właściwości stanowiących symptomy i syndromy niedostosowania społecznego).

Odnosząc się do wyników innych badań, zdaniem Roberta Oporcy (2009: 108), kluczowe negatywne przekonania osób z zaburzeniami w przystosowaniu odnoszą się do poczucia bezradności i poczucia niezaspokojenia na miłość ze strony innych, co ewokować może różne generalizujące się na świat społeczny zniekształcenia poznawcze, determinujące negatywne stany emocjonalne oraz uaktywniające adekwatne do posiadanych przekonań i doświadczanych emocji zachowania wobec innych.

Przekonanie o własnej bezradności może pogarszać funkcjonowanie jednostki w różnych sferach, obniżając aktywność w podejmowaniu działań celowych, zmierzających do poprawy własnej sytuacji życiowej. Poczucie nieskuteczności własnych działań (Bandura 2007) wyznaczane jest przez przekonanie jednostki, że nie poradzi sobie skutecznie z określoną sytuacją, co może wpływać na postrzeganie, motywację i poziom wykonania różnych zadań. Powoduje bowiem np. podejmowanie decyzji o braku działania, obniża motywację do podejmowania zwiększonego wysiłku, a tym samym też ogranicza wytrwałość w dążeniu do celu, szczególnie w sytuacji postrzeganej jako trudna. Poczucie skuteczności jest efektem doświadczeń jednostki z różnymi zadaniami w przeszłości, a także sposobu wyjaśniania (atrybucji) rezultatów własnych działań (sukcesów i porażek). Opisywany wcześniej mechanizm atrybucji wiąże się z włączeniem przekonań na temat przyczyn zdarzeń przypisywanych czynnikom zewnętrznym bądź wewnętrznym, stałym lub zmiennym oraz specyficznym lub globalnym. Nieprzystosowawcze formy zachowań wynikają najczęściej z przekonań o wewnętrznym, stałym i globalnym źródle własnych porażek, w odniesieniu zaś do sukcesów dominują przekonania o ich źródle zewnętrznym, zmiennym i specyficznym. Mechanizm ten stanowi przesłankę do pojawiania się zaburzeń o charakterze depresyjnym i rozwoju wyuczonej bezradności (Seligman, Reivich, Jaycox, Gillham 1997: 77).

Drugi – ważny dla ewokowania zaburzeń przystosowawczych – mechanizm to przekonanie o niezaspokojeniu na miłość, stanowiące wyznacznik braku doświadczeń w dzieciństwie w zakresie bezpiecznego wzorca przywiązania z osobą znaczącą (dorosłym rodzicem lub opiekunem) albo efekt sytuacji, że wzorzec ten został zaburzony przez doświadczenie np. traumy odrzucenia emocjonalnego. Skutkiem tego są zaburzenia w zaspokajaniu potrzeby bezpieczeństwa oraz nieumiejętność zaspokajania

potrzeby przynależności, akceptacji, wsparcia ze strony innych, a także dystans emocjonalny przyjmowany wobec innych (zaburzenia przywiązania), brak zaufania i podejrzliwość wobec intencji ich działań. Jednostka chce, ale nie potrafi zaangażować się emocjonalnie, brak zaufania zaś i podejrzliwość skutkują także pojawianiem się konfliktów interpersonalnych, nierzadko prowadzących do całkowitego zerwania relacji, co potwierdza, że dana jednostka rzeczywiście nie zasługuje na miłość.

Barriga, Gibbs, Potter i Liau (2005) definiując zniekształcenia poznawcze jako błędy myślenia oraz dokonując ich podziału na samoponiżające (potencjalnie ewokujące zaburzenia internalizacyjne, emocjonalne) i egotystyczne (potencjalnie ewokujące zaburzenia eksternalizacyjne, behawioralne), wskazują, że dla osób niedostosowanych społecznie właściwe są te drugie. Analizując jednak przebieg rozwoju zaburzeń przystosowawczych, można wskazać ich swoistą linię rozwojową: od zaburzeń emocjonalnych (internalizacyjnych), przez zaburzenia zachowania — niedostosowanie (eksternalizacyjnych), po przestępczość (Urban 2000). A wówczas zniekształcenia poznawcze o charakterze samoponiżającym (świadomie lub podświadomie) mogą stanowić pierwotne czynniki zaburzeń przystosowawczych, zniekształcenia egotystyczne zaś mogą być ich wynikiem (czynniki wtórne zaburzeń). Niewątpliwie, zniekształcenia egotystyczne są bardziej specyficzne dla niedostosowania społecznego, ale i one same także mają różny charakter.

Barriga, Gibbs, Potter i Liau (2005: 9–11) przedstawiają typologię zniekształceń egotystycznych, dzieląc je na:

a) **pierwotne** (*egocentryzm*), czyli egocentryczne postawy i przekonania, nazywane też „zawłaszczaniem” (*ownership*), wiążącym się z poczuciem, że człowiekowi należy się wszystko, czego zapragnie (Yochelson, Samenow 1976, 1977; Samenow 1984, 2001);

b) **wtórne** (*obwinianie innych, zmiana/umniejszanie znaczenia, fatalizm*), stanowiące formę racjonalizacji, której dokonuje się przed lub po popełnieniu wykroczenia w celu eliminacji wyrzutów sumienia, poczucia winy i w celu ochrony obrazu własnej osoby (Sykes, Matza 1957), a więc redukcji stresu stanowiącego konsekwencję zniekształceń pierwotnych, przykładowo, krzywdząc innych, jednostka naraża się na dysters empatyczny i poczucie winy na tle empatycznym oraz dysonans poznawczy związane z sprzecznością między obrazem siebie jako jednostki, która

bezpodstawnie nie wyrządza krzywdy, a własnym krzywdzącym zachowaniem (Gibbs 1991).

Wskazani autorzy (Barriga, Gibbs, Potter, Liau 2005) następująco charakteryzują mechanizmy zaburzeń w zachowaniu, czyli zniekształcenia poznawcze:

1. **Egocentryzm** polega na przedkładaniu własnych praw, oczekiwań, potrzeb, poglądów, nieprzepartych uczuć i pragnień nad uzasadnione potrzeby, poglądy (itd.) innych osób, a także nawet ponad własny dalekosiężny interes (nieumiejętność odraczania gratyfikacji), których nie uwzględnia się w ogóle lub w niewielkim stopniu.

2. **Obwinianie innych** polega na błędnym przypisywaniu winy za własną niekorzystną sytuację źródłom zewnętrznym (osobom, grupom) lub chwilowej aberracji (zachowanie incydentalne) lub na błędnym przypisywaniu winy za własną wiktyimizację lub pech innym, niewinnym ludziom.

3. **Umnieszanie** lub **zmiana znaczenia** stanowi technikę neutralizacji polegającą na przedstawianiu własnych zachowań antyspołecznych jako akceptowalnych, nieszkodliwych lub nawet godnych podziwu, bądź może wiązać się z przyklejaniem innym negatywnych etykiet — poniżających lub odczłowieczających.

4. **Fatalizm** polega na nieuzasadnionym przypisywaniu innym wrogich intencji, przewidywaniu dla danej sytuacji społecznej scenariusza najgorszego z możliwych i traktowaniu go jako nieuchronnego, a także zakładaniu braku możliwości poprawy własnego lub cudzego zachowania (Barriga, Gibbs, Potter, Liau 2005: 9–10).

Inklinacja egocentryczna jako źródło pierwotnych zniekształceń poznawczych jest zjawiskiem naturalnym u małych dzieci, czyli we wczesnych stadiach rozwoju moralnego (Kohlberg 1984), jednak w toku rozwoju słabnie, gdyż zastępuje ją prospołeczne rozumowanie moralne (Eisenberg 1982). Wysoki poziom pierwotnego zniekształcenia poznawczego, charakterystyczny dla młodocianych przestępców, zdaje się świadczyć o opóźnieniu w rozwoju sądów moralnych i towarzyszącej mu małej zdolności do przyjmowania cudzej perspektywy, także empirycznie potwierdzonej u młodocianych przestępców. Wiąże się to z wyraźną dominacją rozumowania pragmatycznego i oportunistycznego, charakterystyczną dla tej grupy (Chandler 1973; Bear, Richards 1981; Gavaghan, Arnold, Gibbs 1983; Jennings, Kilken-

ny, Kohlberg 1983; Trevethan, Walker 1989; Gregg, Gibbs, Basinger 1994; za: Barriga, Gibbs, Potter, Liau 2005: 10–11). Jednostka niedostosowana społecznie dostosowuje obraz świata do własnej perspektywy jego widzenia (subiektywizm postrzegania) i własnych interesów, pomijając zupełnie perspektywę innych oraz ich prawa i korzyści. Zaabsorbowanie sobą i własnymi potrzebami jest tak duże, że jednostka nie koncentruje się na uczuciach innych osób, na sposobie ich myślenia, ich racjach czy potrzebach, a nawet nie bierze ich pod uwagę, raniąc (niejako „na oślep”) wszystkich, nawet tych, którzy chcą jej dobra. Zachowania jednostki regulowane są tu przez zasady właściwe dla poziomu „moralności własnego interesu”. W psychologii społecznej (Jarymowicz 2009: 112; por. Mudrecka 2015) egocentryzm traktowany jest jako zaburzenie rozwoju struktury Ja, wynikające z braku możliwości odkrycia własnego Ja, co z kolei uniemożliwia proces rozwoju ukierunkowany na oddzielenie Ja od „nie-Ja”, a tym samym blokuje kształtowanie się zdolności do decentracji (różnicowanie „Ja – inni” jest możliwe wówczas, gdy jednostka uzyskuje status samoświadomości Ja oraz świadomości, że istnieją „inni”, odmienni od Ja, i posiadała zdolność do rozumienia ich potrzeb). Zablockowany mechanizm różnicowania siebie od innych uniemożliwia wykształcenie się więzi emocjonalnych, opartych na zaufaniu i akceptacji, a przede wszystkim wartościowaniu „innych” tak, jak siebie samego („poszerzone Ja”). Egocentryzm pełni zatem funkcję obrony Ja (niepewnego, niewykształconego, chwiejnego) przed potencjalnymi (ale traktowanymi jako wysoce prawdopodobne) atakami innych, zagrażających, bo niepoznanych i niezrozumianych (lub rozumianych fałszywie, pozornie).

Ostatecznie zatem, wtórne zniekształcenia poznawcze to w pewnym sensie techniki neutralizacji lub mechanizmy obronne osobowości.

1. **Obwinianie innych** jako obronna likwidacja lub neutralizacja empatii i poczucia winy, która wiąże się z obwinianiem ofiary własnych negatywnych zachowań (eksternalizacja winy i odpowiedzialności), wyraźnie częściej występuje u młodzieży antyspołecznej, która świat postrzega jako wrogi i zagrażający, a nadto odpowiedzialny za jej niekorzystną sytuację, ewokującą (naturalnie) jej negatywne zachowania (Redl, Wineman 1951: 172–184; Sykes, Matza 1957: 668; Vorath, Brendtro 1985: 37).

2. **Umnieszanie i zmiana znaczenia** pełnią podobną funkcję, wiążą się zaś u osób przestępczych z pomniejszaniem szkód wyrządzanych przez ich zachowania lub nadawaniem im pozytywnych etykiet, np. „ubawu, psoty, wygłupu”, „dawania naucki”, „fajnego, łośbkiego zachowania” (Sykes, Matza 1957: 667–669; Yocheison, Samenow 1976: 499–500; Lickona 1983: 152; por. Stone 1989; Gibbs 1991). Jest to swoiste bagatelizowanie lub banalizowanie zła lub neutralizowanie uczuć moralnych, stosowane po to, by ochronić własne poczucie wartości. Jednak wtórnie koszty ponosi także sama jednostka je stosująca, nie potrafiąc bowiem dostrzec własnych błędów, nie wyciąga z nich wniosków. Dlatego też nie uczy się prawidłowych zachowań społecznych, które dałyby jej szansę na zaspokojenie potrzeb afiliacyjnych, znaczenia, uznania, szacunku, stanowiących łącznie bazę kształtowania się utrwalonego i uzasadnionego poczucia własnej wartości.

3. **Fatalizm** powiązany jest z katastroficzną wizją świata, zdarzeń i własnego losu, stanowiąc zaprzeczenie nadziei podstawowej określającej sensowność i przychylność świata, do którego można mieć zaufanie (Erikson 1997, 2002, 2004; por. Trzebiński, Zięba 2003). Fatalizm może być powiązany z agresywnością, która ma charakter obronny, wynikając z przypisywania innym wrogich intencji (tzw. wrogie atrybucje), ale zwykle mając też swe podstawy w doświadczeniach życiowych osób agresywnych (wczesnodziecięcych, ale też i później doświadczanych traum). Wiele z badań eksperymentalnych i porównawczych potwierdza występowanie tego mechanizmu u osób niedostosowanych społecznie (Dodge 1980; Slaby, Guerra 1988; Dodge, Price, Bachorowski, Newman 1990; Guerra, Slaby 1990; Lochman, Dodge 1994), które postrzegają „neutralny świat” jako wrogi i pełen zagrożeń, zachowaniom innych ludzi zaś przypisują nieprzyjemne („nieczyste”) intencje. Na skutek nieprawidłowego postrzegania znaczeń wzrasta gotowość jednostki agresywnej do wyprzedzającego reagowania agresją, by nie doświadczyć jej od innych („najlepszą obroną jest atak”). Koncentrując się na sygnałach znamionujących zagrożenie, paranoicznie dostrzega je tam, gdzie ich po prostu nie ma.

Aaron Beck (1976) także wskazuje formalne zniekształcenia poznawcze, występujące w różnych zaburzeniach (internalizacyjnych i eksternalizacyjnych), do najważniejszych zaś zalicza:

- a) personalizację — polegającą na bezpodstawnym odnoszeniu różnych wydarzeń do własnej osoby;
- b) nadmierną generalizację — polegającą na tendencji do wyciągania ogólnych wniosków na podstawie izolowanych wydarzeń;
- c) arbitralne wnioskowanie — związane z dochodzeniem do konkluzji bez wystarczających ich uzasadnień w rzeczywistości;
- d) myślenie „czarno-białe” — polegające na przeżywaniu i doświadczaniu skrajnych, przeciwstawnych uczuć wynikających z „czarno-białego” oglądu świata;
- e) minimalizowanie pozytywów własnej sytuacji i wyolbrzymianie jej negatywów;
- f) selektywne abstrahowanie, związane z koncentrowaniem się w myśleniu na szczegółach mniej istotnych i spoza kontekstu sytuacji.

Znaczenie mechanizmów poznawczych w procesie powstawania zaburzeń zachowania podkreślają też pedagodzy resocjalizacyjni i terapeuci. Robert Opora (2009: 113) opisuje kilka, częściowo innych, zniekształceń poznawczych, których empiryczne potwierdzenie znalazł we własnych eksploracjach badawczych obejmujących funkcjonowanie osób niedostosowanych społecznie:

- a) fałszywą zgodność (przekonanie, że wszyscy myślą i czują tak samo, jak jednostka lub uznają podobne wartości, mają podobne pragnienia i marzenia);
- b) zakotwiczenie (opór przed zmianą myślenia, nawet w sytuacji oczywistego braku własnych racji);
- c) uogólnianie (generalizowanie i przenoszenie sytuacji incydentalnie występujących na inne, skutkujące tworzeniem zasad typu „zawsze tak jest”);
- d) myślenie dychotomiczne (tzw. czarno-białe, wyrażające się w formułowaniu skrajnych ocen: „wszystko, albo nic”, „dobre, albo złe”, związane z niezdolnością do relatywizowania sytuacji);
- e) niedocenianie lub pomijanie pozytywnych informacji (koncentrowanie się na informacjach negatywnych i selekcjonowanie ich w taki sposób, by pozytywne nie miały znaczenia).

Mechanizmy te są z sobą powiązane, jednocześnie wzajemnie się wzmacniają. Fałszywa zgodność może prowadzić do utrwalenia się przekonania, że *wszyscy kłamią, kradną, są nieuczciwi, źli, egoiści, a więc po pierwsze, tego typu zachowania są normalizowane (wszyscy tak robią),*

a po wtóre – mogą być racjonalizowane (*inni zasługują na to, co dostają*), co może być wynikiem odnoszenia się do teorii sprawiedliwego świata (Lerner 1975, 1977, 1980, 2003). Zakotwiczenie może spełniać funkcję ochronną, występując wówczas jako „obrona własnych racji”, ale każde usztywnienie własnych przekonań stanowi poważną barierę w procesie ich zmiany i jednocześnie postrzegania świata w kategoriach realistycznych, a nie zniekształconych i przez to zaburzających prawidłowe funkcjonowanie. Jednostka nieprzystosowana nie daje sobie szansy na to, by czuć się bezpiecznie w relacjach z innymi, dlatego koncentrować będzie się na obronie własnych racji, które w jej perspektywie czynią jej świat bezpiecznym, bo przewidywalnym. Uogólnianie stanowi mechanizm dodatkowo potwierdzający słuszność własnych przekonań, a jednocześnie strukturalizujący rzeczywistość wedle ogólnych zasad, czyniąc ją tym samym przewidywalną i bezpieczną. Stanowi jednak podstawę ugruntowania się nieprawdziwej wizji świata, postrzeganego w kategoriach jednoznacznie negatywnych, co wzmacnia mechanizm myślenia dychotomicznego oraz niedoceniaania i pomijania pozytywnych informacji.

Robert L. Leahy (2008: 35) wskazuje dodatkowo kolejne, charakterystyczne dla zaburzeń przystosowawczych, zniekształcenia poznawcze, polegające na:

a) czytaniu w myślach wedle zasady *wiem, co myślisz, choć nie mam na to dowodów*;

b) etykietowaniu polegającym na przypisywaniu ogólnie negatywnych cech sobie, ale głównie i obronnie innym ludziom;

c) nadużywaniu imperatywów powinnościowych, co określa koncentrowanie się na tym, jak być powinno, a nie jest;

d) personalizacji polegającej na przypisywaniu sobie nadmiernej odpowiedzialności za niewłaściwe zachowania;

e) niesprawiedliwych porównaniach, co wyznacza interpretowanie zdażeń z wykorzystaniem nierealistycznych standardów, których spełnić się nie da;

f) stosowaniu uzasadnień emocjonalnych, które polegają na przyjmowaniu założenia, że odczuwane przez jednostkę emocje wprost dowodzą istnienia pewnych faktów.

Zniekształcenia te z pewnością zaburzają funkcjonowanie jednostki, ale ich znaczenie jest większe w początkowych stadiach rozwoju zabu-

rzeń, dlatego wiążą się one raczej z nastawieniami samoponizującymi (zaburzenia internalizacyjne), stanowiącymi podłoże zaburzeń w zachowaniu (niedostosowania).

Świat jednostki niedostosowanej społecznie ma zatem wyraźną i ściśle określoną strukturę, ale jego obraz jest jednoznacznie negatywny, co wzmaga tendencje obronne, zamykające możliwość dokonania wewnętrznej przemiany. Proces interpretowania zdarzeń i faktów oraz przypisywane im znaczenia są w przypadku osób niedostosowanych społecznie wyraźnie zniekształcone, ich częstotliwość zaś i poziom doświadczanych zniekształceń determinują rozwój zaburzeń przystosowawczych o różnym charakterze: przypisywanie otoczeniu wrogości i poczucie zagrożenia stąd płynące mogą ewokować zachowania agresywne, co wpisuje się w symptomatologię zaburzeń eksternalizacyjnych, przekonanie zaś o własnej bezradności i przypisywanie sobie braku kontroli obniżają poczucie własnej wartości, mogąc bezpośrednio prowadzić do zaburzeń depresyjnych, które znamionują zaburzenia internalizacyjne (Perwin 2002: 372). Utrwalanie się i generalizowanie negatywnych przekonań (wynikających ze zniekształconego spostrzegania świata) może uruchamiać mechanizm samospełniającego się proroctwa, który utwierdza jednostkę w dysfunkcyjnych przekonaniach i stanowi jednocześnie podstawę do kształtowania się zautonomizowanej tożsamości dewiantywniej.

Jednostka nieuprzywilejowana społecznie, w której rozwinęły się negatywne przekonania na temat jej sytuacji w świecie oraz możliwości zmiany warunków jej życia i jej samej, dysponuje jednak mechanizmami – zasobami, które mogą stanowić czynniki chroniące przed zaburzeniami. Jednak po pierwsze, musi je odkryć (diagnoza i autodiagnoza), a po wtóre, musi też chcieć je wykorzystać w procesie zmiany (motywacja wewnętrzna, autoteliczna).

2.1.1.5. Środowiskowy i społeczno-kulturowy kontekst rozwoju — model czynników ryzyka i czynników chroniących

Problemy adaptacyjne mogą być współcześnie generowane przez dwa rodzaje czynników: rozwojowe (wewnętrzne), związane z kształtowa-

niem się osobowości, pokonywaniem dylematów i kryzysów rozwojowych, oraz społeczno-kulturowe i środowiskowe (zewnętrzne), powiązane z niemożnością konstruktywnego wyrażania siebie i samorealizacji, wynikające z marginalizacji strukturalnej, ale też z właściwości i cech ponowoczesnej kultury. Czynniki te determinują jakość i linię rozwoju człowieka, jego indywidualną wewnętrzną integrację, ale też integrację ze światem zewnętrznym. Powinno to polegać nie tyle na bezrefleksyjnym przystosowaniu do ferowanych wymagań, ale na zaangażowanym działaniu (motywacja wewnętrzna, autoteliczna), którego celem jest doskonalenie siebie (akty transgresji osobistej) i zastanej rzeczywistości (akty transgresji publicznej). Istotą procesu rozwoju jest bowiem wzrost autonomii jednostki, warunkowany refleksyjnym wyzwaniem się spod wpływów kontroli społecznej (od kontroli zewnętrznej do kontroli wewnętrznej), czemu – w celu zapobiegania zjawiskom patologicznym – musi towarzyszyć przewyższanie egocentryzmu w kierunku prospołeczności (allocentryzmu lub socjocentryzmu), co odzwierciedlają założenia koncepcji dezintegracji pozytywnej (Dąbrowski 1975, 1979, 1986), koncepcji transgresji (Kozielecki 1987, 1988, 1997, 2007) czy opisanej wcześniej teorii autodeterminacji (Ryan, Deci 2000, 2001).

W kontekście dokonanego, oczywistego, podziału na czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, wspierające lub dezintegrujące procesy rozwoju i adaptacji jednostki, te pierwsze omówione zostały wybiórczo w poprzednich akapitach. W tym miejscu dokonana zostanie próba modelowego zestawienia czynników zewnętrznych (społeczno-kulturowych i środowiskowych), uwzględniających jednak formalnie czynniki wewnętrzne (model integrujący czynniki rozwoju), z uwzględnieniem dwóch koncepcji: modelu funkcjonowania życia Zbigniewa Zaborowskiego oraz społeczno-ekologicznej teorii młodzieży Dietera Baackego. Oba modele mogą być wykorzystane w konceptualizacji zarówno procesu diagnozy resocjalizacyjnej, jak i działania wspierającego prawidłową adaptację psychospołeczną.

Całościowy model funkcjonowania życia: z uwzględnieniem jego warunków podstawowych i czynników determinujących przebieg rozwoju, zaproponował Zaborowski (2002: 367–471). Elementy podstawowe tego modelu stanowią: potencjał życiowy, siła życiowa i miejsce życiowe, wzajemnie się warunkujące (interakcyjność).

1. Wyjściowy **potencjał życiowy** obejmuje zasoby fizyczne, biologiczne, społeczne, psychiczne i duchowe, którymi jednostka dysponuje oraz zarządza w swoim życiu. Aktualizacja posiadanego potencjału uzależniona jest jednak od zaistnienia określonych sytuacji i warunków — wychowawczych, społecznych, kulturalnych, czyli wystąpienia elementów wspierających (stymulatorów) rozwój lub jego ograniczeń (inhibitorów) — wewnętrznych (cechy osobowości, temperamentalne, zdolności) i zewnętrznych (czynniki środowiskowe i sytuacyjne). Potencjał życiowy określa zatem wszystkie posiadane zasoby warunkujące prawidłowy rozwój: *co jednostka ma do dyspozycji, by móc się prawidłowo rozwijać*. W wymiarze pozytywnym i w kontekście ich rozpoznawania ocena potencjałów wiąże się z diagnozą pozytywną, w wymiarze teoretycznym zaś możemy odnieść się tu np. do koncepcji salutogenezy, zjawiska *resilience*, a także konstruktywnego radzenia sobie z naturalnymi trudnościami i kryzysami rozwojowymi.

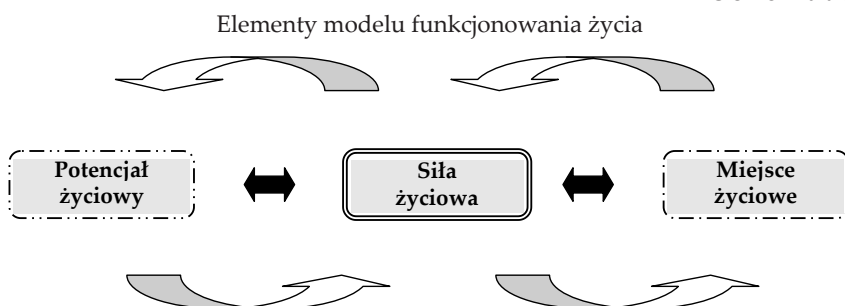
2. **Siła życiowa** określa tendencję i jednocześnie motywację do podnoszenia własnych możliwości i przekształcania własnego potencjału w realne osiągnięcia, bądź też w niesprzyjających warunkach oznacza tendencje pasywne w tym zakresie. Ogólnie ujmując, zależnie od poziomu siły życiowej może ona wyznaczać siły pozytywne, aktywizujące potencjał życiowy, lub negatywne, pasywizujące rozwój potencjału życiowego. Siłę życiową można zatem sprowadzić do odpowiedzi na pytanie: *co jest dla jednostki możliwe i czego ona sama pragnie?* Określenie jakości i pozytywnego vs. negatywnego ukierunkowania siły życiowej wyznacza sposób postrzegania siebie, świata i własnej z nim relacji, który jest wynikiem utrwalonych przekonań jednostki niedostosowanej społecznie, powstałych w toku doświadczeń z samym sobą i światem, głównie społecznym, a także stanowiących pochodną zniekształceń poznawczych, charakteryzujących jednostkę z trudnościami w przystosowaniu. Natura i jakość tych doświadczeń są zwykle czynnikami zakłócającymi prawidłową i realistyczną ocenę siebie i otaczającego świata, stanowiąc podstawę zaburzeń rozwojowych.

3. **Miejsce życiowe** wyznaczone jest przez aktualną sytuację biologiczną, społeczną, psychologiczną i ekonomiczną jednostki, wiążąc się z jej usytuowaniem w określonym miejscu (przestrzeni — środowisku) i czasie (warunki społeczno-kulturowe). Specyfika miejsca życiowego determinuje możliwości rozwojowe, zawiera w sobie jednocześnie odpowiedź na

pytanie o warunki prawidłowego *vs.* wadliwie przebiegającego procesu rozwoju: *co ogranicza i wzmacnia realizację możliwości rozwojowych?*

Triada determinant ludzkiego życia i rozwoju, wskazana przez Zaborskiego, stanowi zatem swoistą i dynamiczną oraz interakcyjnie powiązaną trójjednię czynników. Czynniki pierwotne (potencjał życiowy) i wtórne (miejsce życiowe) spajane są tu przez zdeterminowaną przez oba rodzaje tych czynników – siłę życiową, wyzwalającą z kolei następczo potencjał życiowy i wykorzystującą miejsce życiowe lub pozwalającą pokonać bariery z nim związane (schemat 5).

Schemat 5



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Zaborski 2002

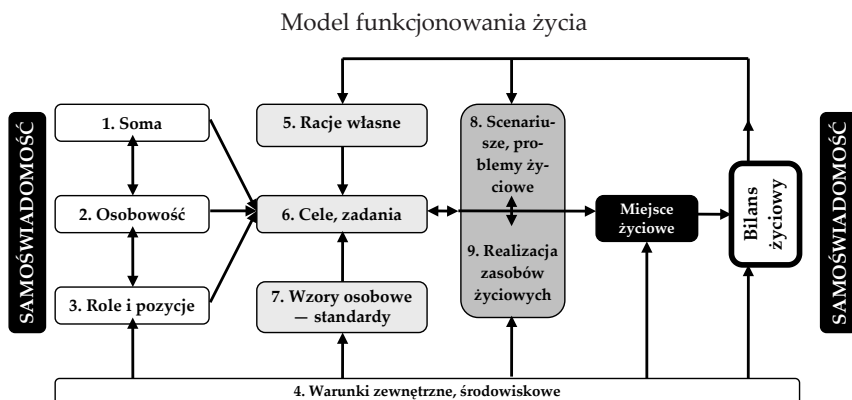
Podstawowe elementy modelu funkcjonowania życia (potencjał, siła i miejsce życiowe), wraz ze zmiennymi je konkretyzującymi, opisującymi, które stanowią:

- a) układy strukturalno-objektywne (soma, osobowość, role i pozycje, warunki zewnętrzne – środowiskowe), następnie
 - b) czynniki konstelacyjno-fenomenologiczne (racje własne, cele i zadania, wzory osobowe-standardy) oraz
 - c) czynniki samorealizacyjne (scenariusze życiowe i problemy życiowe; realizacja zasobów życiowych),
- zestawiono w dalszej partii tekstu (schemat 6).

Nietrudno zauważyć, że model ten obejmuje najważniejsze i wyjściowo podstawowe mechanizmy rozwoju w przebiegu życia człowieka, warunkujące prawidłową lub wadliwą adaptację psychospołeczną jednostki. Możliwe jest zatem jego wykorzystanie jako podstawy teoretycznej

diagnozy pozytywnej i negatywnej w pedagogice, także resocjalizacyjnej, służącej wyodrębnieniu jej podstawowych obszarów i treści.

Schemat 6



- 1, 2, 3, 4 – układy strukturalno-objektywne
 5, 6, 7 – czynniki konstelacyjno-fenomenologiczne
 8, 9 – czynniki samorealizacyjne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Zaborski 2002: 431

Pierwszy element modelu, czyli **potencjał życiowy** (schemat 5) – opisuje obszar potencjalnych, ale jednocześnie i realizowanych lub możliwych do zrealizowania zasobów jednostki. Składają się na nie:

1. **Układy strukturalno-objektywne** (schemat 6), które mają trwały charakter. Wśród nich znajdują się:

a) czynniki wewnętrzne – biologiczno-fizyczne (np. stan zdrowia, wygląd zewnętrzny), determinujące samopoczucie jednostki, oraz osobowościowe (np. temperament, zdolności, potrzeby, układ wartości, struktura Ja, schematy poznawcze), determinujące samoświadomość jednostki, oraz

b) czynniki zewnętrzne – społeczne i środowiskowe (np. zajmowana pozycja i pełnione role społeczne, grupa przynależności i odniesienia) determinujące źródło i charakter/jakość identyfikacji (prospołecznej – pozytywne grupy odniesienia; anty/aspołecznej – negatywne, opozycyjne społecznie grupy odniesienia).

2. **Czynniki konstelacyjno-fenomenologiczne**, mające charakter względnie trwałe, rozwojowy (dynamiczny). Określają one dominujący u jednostki sposób nadawania znaczeń własnemu życiu, czyli wiążą się z poszukiwaniem uzasadnień i racjonalizacji własnych celów, planów i zadań życiowych (np. wzory osobowe, uznawane standardy normatywne i aksjologiczne — prospołeczne, adaptacyjne *vs.* egocentryczne, dezadaptacyjne).

3. **Czynniki samorealizacyjne**, obejmujące podstawowe scenariusze realizowane w życiu oraz style życia wyznaczające charakter jego przebiegu (np. twórczy, kreatywny, transgresyjny *vs.* destrukcyjny, pasywny). Czynniki te bezpośrednio da się wpisać w komplementarny model diagnozy obejmujący zarówno salutogenezę, jak i patogenezę.

Istotne jest w tym modelu, że posiadane i dostępne jednostce zasoby mają charakter dynamiczny (progresywny, ale i regresywny), a więc wzajemnie na siebie wpływają (zachodzą między nimi interakcje na zasadzie sprzężeń zwrotnych, dodatnich i ujemnych²). Ważne miejsce w tym modelu zajmuje aktualna sytuacja bio-psycho-społeczna, będąca zarówno rezultatem oddziaływania różnych czynników strukturalnych, konstelacyjno-fenomenologicznych i samorealizacyjnych (zasobów rozwojowych jednostki), jak i czynnikiem zwrotnie oddziałującym na ich modyfikację. Jednostka nie tylko podlega ich oddziaływaniu, ale zwrotnie może wpływać na ich modyfikację lub optymalizację. Modyfikacja ta możliwa jest na podstawie przeprowadzonego przez jednostkę bilansu życiowego, który stanowi rezultat oceny odniesionych sukcesów lub niepowodzeń, dokonywanej z perspektywy poszczególnych okresów rozwojowych (cykli i przypisanych im kryzysów) lub z perspektywy całego życia. Dokonany bilans życiowy, pozytywny lub negatywny, wpływa zwrotnie na przeformułowanie (w wypadku oceny negatywnej) lub wzmocnienie (w wypadku oceny pozytywnej) pozostałych elementów sytuacji życiowej jednostki,

² Sprzężenie zwrotne wiąże się z wzajemną kontrolą zjawisk, która zapewnia samoregulację układu: a) sprzężenie dodatnie polega na wzajemnym wzmacnianiu się zjawisk w sposób jednokierunkowy (np. laktacja u kobiet — częste ssanie piersi przez niemowlaka utrzymuje laktację i ją potęguje); b) sprzężenie ujemne polega na hamowaniu zjawisk (np. wzrost populacji roślinożerców powoduje wzrost populacji drapieżców, ale gdy populacja roślinożerców niebezpiecznie się zmniejsza, maleje także liczba drapieżców, co daje szansę na odbudowę populacji roślinożerców).

które stanowią pierwotną podstawę jej autokreacji. Przyjmuje to formę autodiagnozy lub diagnozy sytuacji życiowej, która jest podstawą projektowania zakresu modyfikacji (jeśli dokonany bilans jest negatywny) lub poczucia samorealizacji (jeśli dokonany bilans jest pozytywny).

Drugi element modelu, czyli **miejsce życiowe**, wyznaczany jest przez dostępne jednostce warunki jej rozwoju i egzystencji (Z a b o r o w s k i 2002: 413–425). Autor dowodzi też, że realna egzystencja zawsze jest odnoszona do określonego miejsca i czasu, w którym jednostka funkcjonuje i rozwija się. Miejsce życiowe to nic innego jak obecna sytuacja biologiczna, społeczna, psychologiczna i ekonomiczna jednostki. Ma ono pewne właściwości:

a) konkretność wyznaczaną przez umiejscowienie w danym czasie i określonej przestrzeni społeczno-ekonomicznej i kulturowej;

b) unikatowość oznaczającą niemożność zamiany własnego miejsca życiowego z warunkami życia innego człowieka;

c) złożoność i wielowymiarowość, które wyznaczają aspekt zarówno biologiczny, jak i psychologiczny, społeczny i ekonomiczny warunków osobistego rozwoju (Z a b o r o w s k i 2002: 413–414); cechy te wspólnie określają jakość środowiska życia (warunków rozwoju) jednostki poprzez umiejscowienie w czasie i przestrzeni oraz unikatowość wyznaczaną przez złożoność i wielowymiarowość:

- aspekt biologiczny powiązany jest z płcią, wiekiem, stanem zdrowia, funkcjonowaniem różnych narządów i organów;
- aspekt psychologiczny obejmuje inteligencję, temperament, charakter, uzdolnienia, umiejętności, potrzeby, przejawiane postawy i posiadany światopogląd;
- aspekt społeczny wyznaczany jest przez zajmowaną pozycję społeczną, pełnione role społeczne, więzi społeczne, oraz przynależność do różnych grup czy społeczności;
- aspekt ekonomiczny określa sytuacja materialna, czyli posiadane lub dostępne dla jednostki zasoby, dobra, majątek i zarobki.

Z perspektywy subiektywnej i w ujęciu poznawczym wszystkie te elementy opisujące miejsce życiowe jednostki składają się na specyfikę jej funkcjonowania (ulożowaną na kontinuum/w wymiarze: pozytywna i aktywna adaptacja *vs.* dezadaptacja, pasywność), którą można analizować w różnych aspektach:

a) relacji z samym sobą, co określa stan zadowolenia, poczucia spełnienia, osiągnięcia samorealizacji jednostki *vs.* poczucia jej niezadowolenia, frustracji i niespełnienia;

b) relacji z innymi ludźmi, co wyznacza sposób ich postrzegania przez jednostkę jako wspierających, życzliwych, niezagrożających *vs.* zagrożających, nieprzychylnych, niewspierających;

c) stosunku do własnej przyszłości, co oznacza posiadanie perspektyw życiowych i wiarę w możliwość ich realizacji *vs.* poczucie braku perspektyw życiowych, wynikających z niewiary w możliwość ich realizacji.

Ogólnie składa się to na spostrzeganą i doświadczaną jakość miejsca życiowego jednostki i poczucie posiadania właściwego miejsca w życiu, warunkując – zależnie od sposobu postrzegania siebie, innych i własnej przyszłości – procesy przystosowawcze lub dezadaptacyjne. Istotny jest tu subiektywizm postrzegania własnego miejsca w życiu. Jednostka, niezależnie od obiektywnych warunków życia, może subiektywnie je relatywizować, oceniając wedle przyjętych standardów, stanowiących wynik cech osobowościowych, posiadanego poziomu aspiracji, uznawanych wartości i osobistych preferencji. Determinuje to przyjęcie określonych postaw życiowych, np. orientacji ofensywnych wyznaczanych przez optymizm *vs.* defensywnych wyznaczanych przez pesymizm (zob. Seligman 1996, 2002; Seligman, Reivich, Jaycox, Gillham 1997; Łaguna 2010), bądź konserwatywnych, zachowawczych *vs.* transgresyjnych (Kozielecki 1987, 1988, 1997, 2007).

Postrzeganie własnego miejsca życiowego wyznaczone przez np. konserwatyzm życiowy, który określa akceptacja własnej pozycji i roli, stosunków społecznych, „przypisanych sobie” celów, wiąże się z zachowawczością wynikającą z obrony *status quo*, co wyzwala (choć pośrednio) w jednostce poczucie „bycia na swoim miejscu” (Kozielecki 1987: 43). Konserwatyzm jest związany z adaptacją pasywną i wyborem strategii radzenia sobie przez uleganie, wycofanie lub rytualizm. Są to niewątpliwie strategie rozwojowo destrukcyjne, patrząc z perspektywy możliwości uruchomienia własnych potencjałów. Alternatywna do konserwatyzmu i zachowawczości postawa transgresyjna (Kozielecki 1987: 85) związana jest z przekraczaniem zarówno granic własnej osoby (tzw. transgresje osobiste, prywatne), jak i zewnętrznych atrybutów

zastanego świata (tzw. transgresje kulturowe, publiczne), czyli tego, co wcześniej osiągnięto. Transgresja determinuje wybór adaptacji aktywnej, wybór strategii radzenia sobie przez zwykle racjonalne pokonywanie problemów (tzw. strategie konstruktywne rozwojowo). Działania lub postawy transgresyjne, wiążąc się z przekraczaniem granic stanu aktualnego, wyznaczają jednocześnie chęć doskonalenia siebie, stawiania sobie wyższych celów, kontrolowanie zachowań i własnych cech jednostki lub wzbudzają motywację do zmiany warunków własnego życia. Dokonuje się to z wykorzystaniem własnych i uświadomionych sobie potencjałów fizycznych, psychicznych, duchowych, np. inteligencji poznawczej, emocjonalnej, uzdolnień, wytrwałości (Z a b o r o w s k i 2002: 417).

Podstawowym mechanizmem transgresji, czyli zmiany swojego miejsca życiowego poprzez doskonalenie siebie i modyfikację świata (adaptacja aktywna), jest — według Józefa K o z i e l e c k i e g o (1987: 177) — motywacja hubrystyczna, związana z dążeniem jednostki do potwierdzenia własnej wartości (pierwotnie determinowanym potrzebą poczucia własnej wartości, ale też uznania oraz szacunku w oczach własnych i otoczenia). Potrzeba ta jest traktowana jako podstawowy czynnik sprawczy działań transgresyjnych (N ę c k a 2000: 787), niezależnie od ich typu (transgresje osobiste lub publiczne).

Postawa transgresyjna sprzyja kształtowaniu się aspiracji i motywacji do zmiany swego egzystencjalnego miejsca, co może wynikać z motywacji *stricte* hubrystycznej, która włącza znaczenie innych czynników, np. motywację konformistyczną (aspiracje do życia w taki sposób jak inni — bogatsi, lub zgodnie z obowiązującą modą czy trendami) lub motywację ideowo-polityczną (własne znaczenie osiągnięte przez zmianę niesprawiedliwych stosunków społecznych). Kwestie te podkreśla Z a b o r o w s k i (2002: 418; 1980). Jednakże jednostka musi mieć jednocześnie poczucie możliwości i sensu działania, czyli dokonywania transgresji, co już bezpośrednio wiąże się z poczuciem skuteczności, i jej drugiego bieguna — bezradności (B a n d u r a 1997), z umiejscowieniem źródła kontroli wzmocnień, czyli kontroli wewnętrznej w opozycji do zewnętrznej (R o t t e r 1954), a także z przekonaniami o naturze świata, który można lub którego nie można zmienić, co wyznacza optymizm w opozycji do pesymizmu (S e l i g m a n 1975, 2002; E p s t e i n 1985, 1994, 2003).

Miejsce życiowe człowieka wiąże się też z *poczuciem zadomowienia* (zakorzenienia), wyznaczającego jednostkowe identyfikacje (tożsamość). Może ono mieć różną treść i formę, dlatego może przekształcić się:

a) w postawy etnocentryczne (postawa antyrozwojowa) i absolutyzujące znaczenie własnej przestrzeni kulturowej, co zniekształca stosunek do własnej osoby i innych ludzi,

b) w postawy otwarte, elastyczne, humanistyczne, gdzie jednostka traktuje swoje miejsce jako „stację w życiowej podróży”, którą można opuścić bez utraty własnej tożsamości, dlatego jednostka traktuje je jako źródło własnego wewnętrznego bogacenia się (Z a b o r o w s k i 2002: 419).

Ponadto, miejsce życiowe jest wyznaczane przez *funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych* w ramach mikrostruktur społecznych (grup), co wiąże się z zajmowaną pozycją i pełnionymi rolami, ich akceptacją lub poczuciem niezadowolenia, co może skutkować chęcią zmiany w obrębie struktury społecznej — konstruktywnej lub destrukcyjnej, bądź też obronnym konserwatyzmem lub buntem. *Zmienne indywidualne*, czyli aspiracje, potrzeba osiągnięć i racja własna także wyznaczają sposób postrzegania swego miejsca życiowego. Wyższy poziom aspiracji i silna potrzeba osiągnięć mogą determinować subiektywne poczucie niezadowolenia z własnego miejsca życiowego, stąd i chęć jego zmiany, co współdeterminowane jest *racją własną* — ogólną lub racjami parcjalnymi, czyli przekonaniami o wartości własnych działań i sposobem ich uzasadnienia:

a) ogólna racja własna wyznacza sens życia jednostki lub sens związany z poszczególnymi dziedzinami życia (np. zawodową, rodzinną, edukacyjną);

b) racje parcjalne dotyczą określonych czynności lub węższych dziedzin życia.

Układ posiadanych racji własnych może być różny: *monocentryczny*, jeśli z racji ogólnych wynikają parcjalne (strukturalnie lepiej zorganizowany, ale bardziej zamknięty na nowe idee), bądź *policentryczny*, jeśli równorzędne racje ogólne i towarzyszące im racje parcjalne „zazębiają się” lub kolidują z sobą (układ mniej zorganizowany wewnętrznie, ale bardziej otwarty na nowe idee). Racje te mogą mieć ponadto rozwojowo znaczenie *konstruktywne* (progresywne, transgresyjne, służące rozwojowi, np. działanie prospołeczne), *neutrałne* (związane z dbaniem o własny interes, np. dobrobyt materialny) lub

destrukcyjne (związane z postawą niszycielską, np. terroryzm, przestępczość), dlatego ich funkcją może być rozwój osobisty i optymalizowanie świata własnego życia, ochrona *status quo* lub wycofanie, czyli rezygnacja z doskonalenia siebie i świata.

Aspiracje i związana z nimi potrzeba osiągnięć oraz akceptowane racje determinują postrzeganie właściwości własnego miejsca życiowego, które zawsze oceniane jest i doświadczane indywidualnie (wartościowe subiektywnie). Z a b o r o w s k i (2002: 422) podaje przykłady owego subiektywnego wartościowania własnego miejsca życiowego: dla naukowca zdobywanie stopni naukowych, pisanie odkrywczych prac naukowych, stanowiące podstawę realizacji osobistych aspiracji i racji własnej, wyznacza kształtowanie się przekonania, że jest na właściwym miejscu; dla wierzącego katolika, chorego i żyjącego w biedzie racją może stać się pogodne znoszenie swojego, ale przypisanego mu losu, co wyznacza traktowanie aktualnej sytuacji, w jakiej się znalazł, w kategoriach sprawdzianu czy próby, stąd pojawia się poczucie jej uzasadnienia i jednocześnie ocena własnego miejsca życiowego jako wartościowego.

Rezultatem subiektywnej oceny własnego miejsca życiowego jest *samoświadomość* jednostki w tym zakresie, rozumienie siebie i własnej sytuacji życiowej. Samoświadomość jest kategorią złożoną, obejmującą określone treści:

- a) wewnętrzne (myśli, emocje, pragnienia);
- b) zewnętrzne (własne zachowania, relacje interpersonalne).

Ocena własnego miejsca życiowego dokonywana może być zatem z perspektywy wewnętrznej lub zewnętrznej. Perspektywa wewnętrzna odnosi się do ewaluacji personalnej, która aktywizuje struktury Ja i wiąże się z doświadczaniem różnych emocji (np. frustracja *vs.* satysfakcja, emocje pozytywne *vs.* negatywne). Perspektywa zewnętrzna jest natomiast związana z percepcją i doświadczaniem własnych relacji ze światem, innymi ludźmi lub grupami społecznymi. Ludzi niewątpliwie różnicuje samoświadomość osobistego miejsca życiowego w aspekcie posługiwania się w jego ocenie treściami wewnętrznymi lub zewnętrznymi bądź też zintegrowanymi treściami wewnętrznymi i zewnętrznymi.

Treści te mogą być indywidualnie w różny sposób przetwarzane, co ostatecznie określa formę samoświadomości (Z a b o r o w s k i 1980) – indywidualną, obronną, zobiektywizowaną lub refleksyjną:

a) samoświadomość indywidualna wiąże się z sytuacją, w której przetwarzanie informacji dokonuje się na podłożu struktury Ja (z odniesieniem np. do potrzeby hubrystycznej);

b) samoświadomość obronna wiąże się z możliwą sytuacją zagrożenia własnych standardów, przetwarzanie zaś informacji może tu być zakłócanie przez postawę obronną, rozwijającą się na podłożu lęku i zagrożenia (z odniesieniem np. do potrzeby bezpieczeństwa fizycznego, psychologicznego lub społecznego);

c) samoświadomość zobiektywizowana zewnętrznie, czyli ta, gdzie przetwarzanie informacji dokonuje się w sposób opisowy, a jednostka wykorzystuje w ocenie własnej sytuacji życiowej narzucone jej społeczno-kulturowe standardy (z odniesieniem np. do potrzeby zakorzenienia, konformizmu itp.);

d) samoświadomość refleksyjna, zobiektywizowana wewnętrznie, rozwijająca się na podstawie ogólnych pojęć i wartości, odnoszonych do własnej sytuacji życiowej, co wiąże się z akceptacją lub świadomością konieczności zmian we własnej sytuacji życiowej.

Samoświadomość własnego miejsca życiowego różnicowana jest zatem przez jej formę indywidualną, obronną, zobiektywizowaną lub refleksyjną:

a) indywidualna forma samoświadomości wyzwala tzw. gorące jej stany powiązane z tendencją do maksymalizowania pozytywów i minimalizowania negatywów własnej sytuacji życiowej, co skutkuje oceną typu: *moje miejsce życiowe ma wiele waleorów i mało wad*;

b) forma obronna wywołuje stany świadomości generowane przez zagrożenie wynikające z jakości własnego miejsca życiowego, wyzwalaając oceny pasywizujące działanie autokreacyjne lub związane z ingerencją w kształt świata, np. *moja pozycja społeczna uniemożliwia samorealizację*;

c) zewnętrzna forma samoświadomości wiąże się ze społecznym obiektywizowaniem własnego miejsca życiowego, co skutkuje ocenami typu: *ludzie, z którymi współpracuję pozwalają mi zdobywać ciekawe doświadczenia, co sprzyja samorealizacji*;

d) forma refleksyjna związana jest z uogólnioną orientacją we własnej sytuacji życiowej, syntetyzującą wedle określonych zasad treści wewnętrzne i zewnętrzne samoświadomości; wiąże się z generowaniem racjonalnych przekonań, sprzyjających poczuciu satysfakcji, np. *moja twórczość literacka stanowi podstawę mojej autokreacji, nadając sens życiu i jest dla mnie źródłem poczucia wewnętrznej satysfakcji*.

Świadomość własnego miejsca życiowego może zatem przyjmować różne formy i treści, co stanowi podstawę kategoryzacji jednostek, dając także możliwość sformułowania kryteriów diagnostycznych i dokonywania przewidywań (prognozy) w zakresie funkcjonowania jednostki (Zaborski 2002: 422–423).

Można domniemywać, iż np. działanie człowieka kierującego się w ocenie własnej sytuacji życiowej wewnętrznymi treściami i reagującego obronnie będzie nosiło znamiona kompulsywnego „trzymania się aktualnego miejsca”, a wina za własną sytuację życiową zostanie przeniesiona na otoczenie (zewnętrzna atrybucja przyczyn), natomiast treści zewnętrzne skorelowane z postawą obronną mogą powodować działania destrukcyjne wymierzone w otoczenie społeczne, traktowane jako źródło zagrożenia (które trzeba wyeliminować), co uzasadnia także zewnętrzną lokalizację odpowiedzialności za własną sytuację życiową, uprawomocniającą własne buntownicze lub destrukcyjne zachowania.

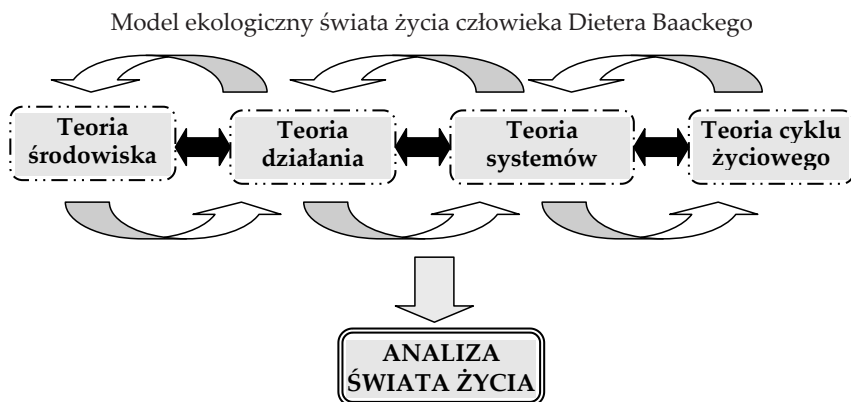
Ogólnie zatem samoświadomość pełni funkcję rozumienia siebie i własnej sytuacji życiowej, co wymaga dogłębnej wiedzy związanej z własną biografią i doświadczeniami życiowymi, obejmującej zajmowaną pozycję, pełnione role społeczne, dominujące formy relacji z światem społecznym, atrybuty wewnętrzne jednostki (np. inteligencja, zdolności, wiedza), zewnętrzne standardy aksjonormatywne (normy i wartości), a także sytuację społeczno-polityczną, ekonomiczną, historyczną i kulturową. Zdobyta wiedza może być całościowa lub fragmentaryczna, co decyduje o sposobie oceny własnej sytuacji życiowej — ogólnej, czyli we wszystkich sferach życia, lub szczegółowej, czyli w poszczególnych jego dziedzinach (wiedza całościowa sprzyja refleksyjności i rozwojowi, np. zinternalizowana prospołeczność i altruizm Alberta Schweitzera; wiedza fragmentaryczna sprzyja autodestrukcyjnym działaniom, np. ucieczka w uzależnienia). Samoświadomość stanowi tym samym nadrzędną instancję integrującą informacje wewnętrzne i zewnętrzne o własnej osobie i własnym miejscu życiowym (Zaborski 2002: 424), decydując o przyjęciu określonych postaw życiowych — prorozwojowych, konstruktywnych *vs.* antyrozwojowych, destrukcyjnych, co rozwijane jest np. w koncepcji analizy transakcyjnej.

W konceptualizacji diagnozy środowiskowej, ważnej z perspektywy pedagogicznej (resocjalizacyjnej), można posłużyć się społeczno-ekolo-

giczną teorią młodzieży Baackego (1999, 2003; por. Griese 1996: 195–207), którą w jej części dotyczącej znaczenia środowiska życia można zastosować do opisu diagnostycznego różnych kategorii wiekowych (uwzględniając różnice rozwojowe w zakresie ról społecznych, pól społecznego uczestnictwa i odniesienia/znaczenia oraz zadań i kryzysów rozwojowych).

Istotą koncepcji ekologicznych jest fakt, iż zakłada się w nich immanentną współzależność człowieka i środowiska jego życia, dodatkowo uwzględniając konieczność diagnozy dokonywanej z perspektywy widzenia problemów przez samą jednostkę. Oznacza to, że człowiek sam buduje swą rzeczywistość, różnie postrzega i interpretuje właściwości i znaczenie swojego środowiska życia dla jego funkcjonowania, wpływy zaś jego środowiska życia nigdy nie są identyczne. Baacke opisując rzeczywistość czy świat życia, posłużył się metaforą *sceny*, uznając, że scena oddaje rzeczywistość znacznie dokładniej i wnikliwiej niż statyczne zestawienie elementów środowiska życia. Pokazuje człowieka w różnych sytuacjach, ponadto uwrażliwia na nowe perspektywy widzenia własnej sytuacji, pobudza jego fantazję, ostatecznie zaś ma charakter całościowy. Koncepcja ta z jednej strony opisuje świat życia określonych kategorii rozwojowych, z drugiej zaś wyjaśnia i wskazuje mechanizmy jego oddziaływania na rozwój człowieka. Ogólne elementy tej teorii zobrazowano na schemacie 7.

Schemat 7



Źródło: Opracowanie własne

Baacke rozwija zatem swoją koncepcję w kilku obszarach, wykorzystując i jednocześnie re/konstruując teorię:

a) środowiska, czyli tzw. stref ekologicznych, wyznaczających ekologiczną siłę i istotę młodości (lub innych okresów życia); w kontekście istoty i znaczenia środowiska dla młodego pokolenia owa siła wyznaczana jest przez dążenie do przeobrażania świata życia, co w aspekcie różnych zadań rozwojowych można zastosować do opisu świata życia na każdym etapie rozwoju;

b) działań o nastawieniu interakcjonistycznym, co wiąże się z dynamicznym ujęciem działania społecznego służącego rozwojowi i przekształcaniu świata życia;

c) systemów, która zakłada, że środowiska życia dają się wzajemnie rozgraniczyć, np. wedle kryterium znaczenia, a także zachowują się na zewnątrz i do wewnątrz dynamicznie;

d) cyklu życiowego, co oznacza dopasowanie cech i właściwości środowiska do momentu rozwojowego — środowiska, np. przedszkole, szkoła, zakład pracy i in. są związane z określonymi grupami wiekowymi, charakteryzując aktualne miejsce człowieka w historii jego życia (Griese 1996: 203).

Wszystkie te poziomy czy wymiary zostają harmonijnie połączone z odwołaniem się do *koncepcji integrującej* (interdyscyplinarnej), czyli *analizy świata życia*, z uwzględnieniem wzajemnych powiązań pomiędzy różnymi systemami i subsystemami.

W koncepcji stref ekologicznych wychodzi Baacke od klasycznej już w socjologii definicji i koncepcji środowiska, traktowanego jako model makro-, mezo- i mikrosystemów, dlatego 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 następujące obszary rzeczywistości i życia człowieka:

a) ekologiczne centrum (teren rodziny i dom rodzinny) stanowiące obszar związków bezpośrednich, „tworzą w twarz”,

b) ekologiczną przestrzeń ościenną (strefa sąsiedztwa, dzielnica, osiedle, kluby, dyskoteki, itp.), czyli sfera opisywana głównie przez czas wolny,

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 (M a r y n o w i c z - H e t k a 2006). Przechodzenie od dzieciństwa do młodości, i — jak się wydaje — także do późniejszych etapów rozwoju, obrazuje metaforycznie „rozszerzający (lub zmieniający) się promień” owych sfer życia z jednej strony, z drugiej zaś zmiana 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 naturalnym *przeobrażeniem świata życia*.

Z perspektywy diagnostycznej świat życia człowieka musi być jednak postrzegany w podwójnej perspektywie, którą analizował i uzasadniał Antoni K ę p i ń s k i (1989). Podwójna perspektywa postrzegania i doświadczenia własnego życia odnosi się wprost do wskazywanych wcześniej perspektyw czasowych analizy ludzkiego życia (własnej biografii), odnoszących się do postrzegania własnej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, a także wyodrębnionych przez Baackego stref ekologicznych. Kępiński mówi natomiast o perspektywie podłużnej i poprzecznej. Oznacza to, że można i trzeba opisywać, rekonstruować i wyjaśniać ludzkie funkcjonowanie i rozwój w podłużnym przekroju biografii jednostki (przeszłość, teraźniejszość, przyszłość) oraz w poprzecznym przekroju różnych sfer i dziedzin ekologicznych. Zrozumienie określonego etapu rozwojowego wymaga zatem rozpoznania *znaczenia* poszczególnych stref dla danej osoby.

Analiza świata życia w ujęciu Alfreda S c h ü t z a (1967, 2005), przejętym przez Dietera Baackego, zmierza do interpretacji i zrozumienia, a tym samym i opisu działań ludzkich w obrębie całej przestrzeni jego do-

świadczeń, z uwzględnieniem znaczenia *wiedzy potocznej* (ustanowiony intersubiektywnie kompleks znaczeń), *działaniu* zaś nadano tu znaczenie *sensownych* wzajemnych odniesień, stanowiących rezultat *interpretacji* ze strony działającego, dzięki czemu inni mogą je odczytać, czyli *zrozumieć*.

Analiza świata życia, traktowana jako opis i wyjaśnianie znaczenia rozwojowego konkretnych środowisk lub działań ludzkich, przyjmuje zawsze ujęte systemowo trzy *wymiary czasowe*: minione przeżycia i doświadczenia życiowe, aktualne działanie podmiotu oraz planujące projektowanie własnej biografii. Systemowe ujęcie tych wymiarów zmierza do łącznej interpretacji sceny lub sytuacji życiowych, interpretacji ich społeczno-kulturowego kontekstu, a także interpretacji zależności między społecznymi strukturami i procesami a sposobem ich wyjaśniania.

W odniesieniu do analizy świata człowieka ważne jest to, iż pozwala ona wnikliwie określić jego środowisko socjalizacji, gdyż wymiar czasowy obejmuje *biografię* jednostki, wymiar systemowy pozwala zaś uwzględnić *interpretację* własnej biografii ze strony jednostki (zrozumienie, jak ona sama widzi świat), a także określić płaszczyznę strukturalno-społeczną traktowaną jako *wyjaśniający model całościowy* (G r i e s e 1996: 203).

Generalnie, celem tej analizy jest określenie wzajemnego związku między środowiskiem a zachowaniem społecznym, a w dalszej perspektywie zintegrowanie obu obszarów koncepcji, przyjmującej określony obraz człowieka i implikującej określone elementy normatywne (krytyka środowiska), pozwalającej opisywać, wyjaśniać i prognozować sposoby zachowania jednostki, co stanowi podstawę pragmatycznego i praktycznego zastosowania (zmiana) tej analizy.

2.1.2. Diagnoza w resocjalizacji — model komplementarny

W pozytywnym podejściu do resocjalizacji można przyjąć, że podstawowe dłań są nurty myślenia o człowieku i jego rozwoju: humanistyczno-personalistyczny, kognitywny (poznawczy), interakcyjny, obszary działalności resocjalizacyjnej zaś odnoszą się do modelu dobrego życia, salutogenezy, koncepcji *resilience* i resocjalizacji twórczej, a obszar tych działań jest głównie niespecyficzny wobec zjawiska niedostosowania społecznego, obejmując zmienne stanowiące pierwotne czynniki blokujące

prawidłowy rozwój psychospołeczny, dlatego dokonywane w tym zakresie rozpoznawanie przyjmuje charakter diagnozy niespecyficznego. Działania – diagnoza i interwencja postdiagnostyczna – tzw. specyficzne, głównie objawowe i etiologiczne, ukierunkowane bezpośrednio na eliminację zaburzeń w zachowaniu, mają tu charakter pomocniczy, choć są niezbędne.

Można tu wykorzystać także nurt neurobiologii społecznej, która – co prawda – odwołuje się do biologicznych mechanizmów funkcjonowania mózgu wyznaczających zachowanie się jednostki, jednak podstawowe założenie w tym podejściu mówi, że mózg jest organem plastycznym, a więc zmienia się w toku całego życia człowieka, zmiany te zaś zachodzą na skutek oddziaływania zmiennych (czynników) środowiskowych i są wyznaczone także przez własną aktywność jednostki.

Wniosek, jaki stąd wypływa, jawi się jako optymistyczny, człowiek bowiem jest nie tylko zdeterminowany, ale aktywnie może owo zdeterminowanie pokonywać, czyli świadomie kontrolować własne działanie, podejmować decyzje o jego charakterze, ze względu na to, że w trakcie i na skutek interakcji społecznych w mózgu człowieka dokonują się różne zmiany.

Ponadto ważną konstatacją, wynikającą z odkryć neurobiologów społecznych, a także psychologów poznawczych, stanowi wskazanie znaczenia sposobu interpretacji własnych doświadczeń życiowych związanych z relacjami interpersonalnymi. Relacje te mogą bowiem uszkadzać, ale też i uzdrawiać mózg, dlatego priorytetowe jest tu wskazanie mechanizmów zniekształceń poznawczych i sposobów ich przekształcania tak, by były one efektywne rozwojowo, a nie powodowały rozwoju zaburzeń, czyli zachowań dezadaptacyjnych.

Resocjalizacja pozytywna i jednocześnie jej element – resocjalizacja twórcza – opierają się głównie (choć nie jedynie) na założeniach koncepcji poznawczych i interakcyjnych. Resocjalizacja traktowana jest tu jako proces rozwoju osobowości i rozwoju społecznego, nie zaś jako proces ich korekcji lub psychokorekcji. Wychodząc z tego podstawowego założenia, można przyjąć, że nurt ten odwołuje się w swojej teleologii do czterech celów realizowanych etapowo w procesie wewnętrznej i autonomicznej przemiany jednostki niedostosowanej społecznie. Cele te precyzuje np. Marek K o n o p c z y ń s k i (1996, 2006; por. M i c h e l 2014), wskazując jako podstawowe:

a) zidentyfikowanie strukturalnych składników procesu twórczego rozwiązywania problemów, czyli szerzej – zidentyfikowanie istniejących potencjałów jednostki niedostosowanej społecznie, stanowiących niezbędną podstawę uruchomienia procesu autonomicznej autokreacji;

b) rozwijanie strukturalnych składników procesu twórczego, czyli rozwijanie zidentyfikowanych potencjałów jednostki, dokonujące się poprzez dostarczanie czy współtworzenie sytuacji uczących, w których są wykorzystywane (ćwiczenia, treningi);

c) próbę zadaniową realizacji dzieła twórczego lub próbę przeniesienia odkrytych potencjałów, czyli wyćwiczonych umiejętności i zdobytych kompetencji, do realnych warunków życia codziennego (np. wykorzystywanie nowych strategii radzenia sobie z problemami w zwykłych sytuacjach życiowych);

d) uzasadnienie znaczenia i urzeczywistnienie społeczne wykonane go dzieła twórczego lub szerzej, czyli zdobywanie uzasadnień dla dokonującej się w jednostce przemiany (np. społeczne uznanie, osobista afirmacja zmian, ich racjonalizacja i uwewnętrznienie).

Można założyć, że ów proces prowadzi nie tylko do odkrycia własnych potencjałów czy też bieżącego weryfikowania ich użyteczności w działaniach (twórczym rozwiązywaniu problemów), ale także do ich internalizacji, czyli działania również poza kontrolą zewnętrzną, sprawdzone bowiem pod względem ich skuteczności sposoby radzenia sobie nie mają powodu być odrzucane w codziennym życiu jednostki.

Odbywa się to z pewnością wskutek przekształcenia wcześniej uformowanych destrukcyjnych schematów poznawczych, obejmujących przekonania jednostki na temat ograniczonych możliwości radzenia sobie z problemami, co warunkowane może być zmianą sposobu postrzegania osobistych cech (obraz siebie oparty na potencjałach), zmianą sposobu postrzegania otoczenia (obraz świata, który można przekształcać lub sobie w nim radzić), a także zmianą sposobu oceny relacji, jakie łączą jednostkę nieprzystosowaną ze światem, głównie społecznym (relacje podmiotowe i prowadzące do konstruktywnych rozwiązań).

Restrukturyzacja tych przekonań jest niezbywalną koniecznością, stanowiąc podstawę zmiany obrazu siebie i stylu funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, które nie muszą być już postrzegane jako zagrażające, niesprawiedliwe i niemożliwe do konstruktywnego prze-

kształcenia. Kwestie te porusza Irena M u d r e c k a (2015), opisując zastosowanie teorii poznawczych osobowości w resocjalizacji młodzieży niedostosowanej społecznie, z uwzględnieniem zniekształceń poznawczych i sposobów ich restrukturyzacji.

Zniekształcenia poznawcze, wymagające restrukturyzacji w kierunku pozytywnym, to przede wszystkim *pierwotne, egocentryczne przekonania*, eliminujące z pola widzenia interes pozaosobisty (brak rozwoju w kierunku „Ja poszerzonego” i prospołeczności) oraz uprawomocniające je *zniekształcenia wtórne*, służące racjonalizacji własnych, egocentrycznych zachowań, neutralizacji empatii i poczucia winy oraz redukcji dysonansu poznawczego powstającego na styku — własne zachowanie antyspołeczne *vs.* pozytywny obraz własnej osoby (Barriga, Gibbs, Potter, Liu 2005: 13).

Podstawą restrukturyzacji poznawczej jest zrozumienie przez jednostkę, że „moje myślenie, to nie rzeczywistość” i „mogę się mylić we własnych ocenach”, co oznacza rozbicie fałszywych przekonań. Ważne jest tu także zrozumienie, że inni ludzie mogą postrzegać, interpretować pewne fakty lub stany rzeczy lub nadawać im odmienne znaczenie (decentracja poznawcza, otwierająca drogę do rozumienia innej perspektywy widzenia).

Procesy te wyzwalają jednostkę niedostosowaną z pierwotnego egocentryzmu, a jednocześnie uczą dystansowania się i przyjmowania cudzej perspektywy, zmiana zachowania zaś jako efekt rozumienia powoduje, że niepotrzebne jest stosowanie wtórnych zniekształceń poznawczych, pełniących funkcję mechanizmów obronnych osobowości.

Procesy te wymagają wstępnie zapewnienia realizacji dwóch zasad: podmiotowości w procesie przemiany i relacyjności układu wychowawczego, zarówno w kontakcie diagnostycznym (diagnoza resocjalizacyjna), jak i terapeutycznym (wychowanie resocjalizujące).

Opisane w rozdziale pierwszym modele: salutogenetyczny i patogenetyczny można uznać za komplementarne (Antonovsky 1979, 1987, 1997, 2005), ale ich zastosowanie wiąże się z innym ukierunkowaniem celu i w zasadzie skierowane jest w sensie podstawowym do innych podmiotów. Pierwszy model wiąże się z promocją zdrowia i profilaktyką zaburzeń, z kolei drugi — z eliminowaniem zaburzeń i ich przyczyn.

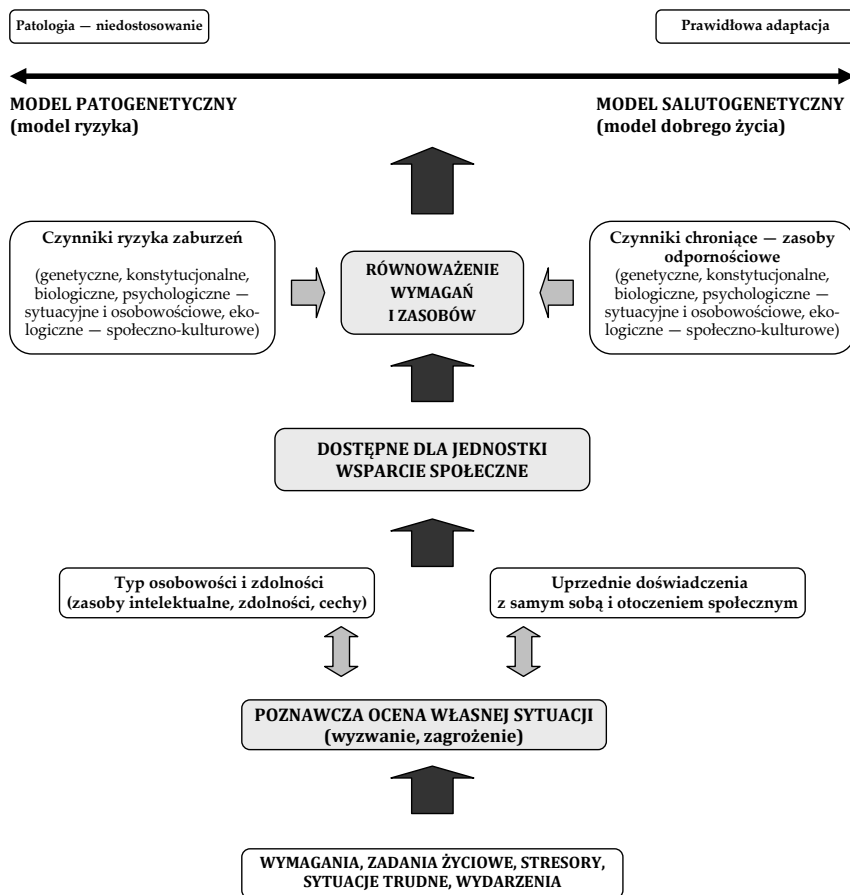
Takie ujęcie likwidowałoby w pewnym sensie możliwość zastosowania podejścia pozytywnego w resocjalizacji. Jednak, gdy zastanowimy się nad istotą działań profilaktycznych, a nawet weźmiemy pod uwagę podstawowe założenie salutogenezy (zdrowie jako wymiar, stany krańcowe zaś — pozytywne i negatywne — jako rzadko osiągalne lub występujące), oba podejścia (salutogenetyczne i patogenetyczne) muszą być wykorzystywane łącznie: po pierwsze, we wstępnej diagnozie, do celów diagnozy projektującej, po wtóre, z różnym udziałem obu podejść w konkretnym przypadku (zależnie od poziomu zaburzeń i postępu w procesie „zdrowienia”). Ponadto, opisując sytuację życiową człowieka, musimy mieć świadomość, że ulokowane w różnych sferach funkcjonowania deficyty (diagnoza negatywna) i zasoby (diagnoza pozytywna) „rozkładają się” w odmienny sposób u poszczególnych podmiotów (zob. schemat 8).

Nadmierna koncentracja na stanach krańcowych: patologicznych lub salutogenetycznych może prowadzić do szkodliwych ograniczeń (Sęk 2012: 52), gdyż promowanie zachowań adaptacyjnych, bez wspierania procesu pokonywania deficytów, jest z pewnością nieefektywne. Posiadane przez jednostkę deficyty mogą uniemożliwiać osiągnięcie sukcesów rozwojowych, np. nie można zmienić negatywnego obrazu siebie lub otoczenia społecznego (wynikających ze zniekształceń poznawczych) wprost, nie diagnozując wstępnie obszarów zaburzeń samooceny i postaw wobec świata społecznego oraz czynników, które to spowodowały. Jest to działanie pozorne, nieprowadzące do zmiany, bo po pierwsze, jednostka uznaje swoją wizję rzeczywistości za prawdziwą, prawomocną i usilnie jej broni, gdyż nawet wizja negatywna stanowi podstawę możliwości zabezpieczenia się przed potencjalnym zagrożeniem (np. człowiek woli spodziewać się najgorszego, by zidentyfikować i zabezpieczyć się przed potencjalnym zagrożeniem).

Nadmierna koncentracja na deficytach stanowi natomiast blokadę dla formułowania zaleceń postdiagnostycznych, które opierać się muszą na potencjałach, by jednostka mogła odnieść „swoisty sukces” w procesie zmiany (potrzeba i poczucie skuteczności i kompetencji). Ponadto łatwiej jest budować osobową i podmiotową relację (potrzeba relacji) wówczas, gdy dostrzegamy mocne strony i pracujemy z jednostką niedostosowaną, odnosząc się do jej potencjałów (nikt nie lubi działań wyłącznie kory-

Schemat 8

Komplementarny model zasobów i deficytów rozwojowych
oraz mechanizmów radzenia sobie



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Myers 2003; Antonowsky 2005; Sęk 2012.

gujących jego niedoskonałości i odnoszących się do nich wprost). Trudniej też przekonać jednostkę do funkcjonalności dokonującej się w niej potencjalnie zmiany za pośrednictwem bezpośredniego korygowania

deficytów, gdyż odbiera to ona nie jako działanie służące jej samej, ale jako działanie służące ochronie innych.

Za komplementarnością modelu przemawia także fakt, że „każdy z nas jest w jakiś sposób niepełnosprawny”, a więc nie ma ludzi w pełni doskonałych, bez jakichkolwiek deficytów, a nie ma też ludzi, w których nie da się odkryć jakiegoś dobra, zasobu, potencjału (choć czasem trudno je „odnaleźć i uwolnić”).

Przedstawione podejście (całościowe, syntetyzujące), wymagające myślenia o konkretnej sytuacji życiowej jednostki jednocześnie w kategoriach salutogenetycznych i patogenetycznych, uwrażliwia diagnostę na dostrzeganie — zależnie od wymagań sytuacji badawczej lub praktycznej — zarówno zasobów, jak i deficytów występujących w życiu badanej jednostki. Prezentowany model pozwala analizować indywidualną sytuację życiową człowieka w kategoriach radzenia sobie i jego determinant, obejmując najważniejsze czynniki, a więc (por. S ę k 2012: 53):

a) rodzaj stresorów (traumatycznych wydarzeń, cech sytuacji życiowej), ich siłę, nagłość wystąpienia, czas ich trwania i oddziaływania na jednostkę;

b) sposób oceny stresorów, traktowanych bądź jako wyzwanie, bądź jako zagrożenie, o czym współdecyduje zakres i typ zniekształceń poznawczych, występujących u jednostki;

c) sposób reagowania na własną sytuację życiową, a więc nawykowe reakcje, mające status strategii radzenia sobie — zaradczych, konstruktywnych, skutecznych *vs.* bezradnościowych, destruktywnych, nieskutecznych, w kontekście kontrolowania i zmiany własnej sytuacji życiowej jednostki;

d) występujące zasoby w środowisku życia jednostki, w tym jakość więzi społecznych i poziom dostępnego wsparcia fizycznego, materialnego, społecznego.

Czynniki te wzajemnie się na siebie nakładają, tworząc indywidualną „mapę zasobów i deficytów”, zadaniem diagnosty zaś jest jednoczesne rozpoznanie tendencji patogenetycznych i salutogenetycznych w poszczególnych jej elementach (swoisty profil potencjałów).

Ogólnie przedstawiając komplementarny model myślenia o człowieku, jego rozwoju i zaburzeniach w procesie „stawania się”, zawsze odnosimy się wstępnie do ogólnej koncepcji człowieka (np. behawioralnej, psychoanalitycznej, humanistycznej, poznawczej, interakcyjnej), w jej ramach zaś poszukujemy odpowiedzi na pytanie o przejawy, mechanizmy,

czynniki opisujące, wyjaśniające i decydujące o prawidłowym *vs.* wadliwym przystosowaniu jednostki do wymagań życia (np. model salutogenetyczny – zdrowa osobowość, jej struktura i źródła kształtowania się, wyznaczające prawidłowe przystosowanie; model patogenetyczny – zaburzona osobowość, przejawy i struktura zaburzeń, źródła zaburzeń osobowości i zachowania). Przyjęte wstępnie koncepcje wyznaczają sposób opisu (twierdzenia deskryptywne) i wyjaśniania (twierdzenia wyjaśniające) procesu rozwoju i procesu zaburzeń rozwojowych (schemat 9).

Model opisu i wyjaśniania procesu rozwoju i procesu zaburzeń rozwojowych powinien obejmować trzy podstawowe poziomy (Cierpiałkowska, Sęk 2012: 67–68):

1) **poziom I** – charakterystyka i identyfikacja przejawów prawidłowego (zdrowa osobowość) *vs.* wadliwego (zaburzenia) przystosowania, odnoszących się do zachowań (perspektywa obiektywna) i samopoczucia (perspektywa subiektywna) jednostki;

2) **poziom II** – charakterystyka i identyfikacja mechanizmów psychospołecznych, określenie ich zmienności i adekwatności do momentu rozwojowego (zmiany w cyklu życia), odnoszących się zaś do mechanizmów prawidłowego rozwoju i mechanizmów kształtowania się zaburzeń przystosowawczych;

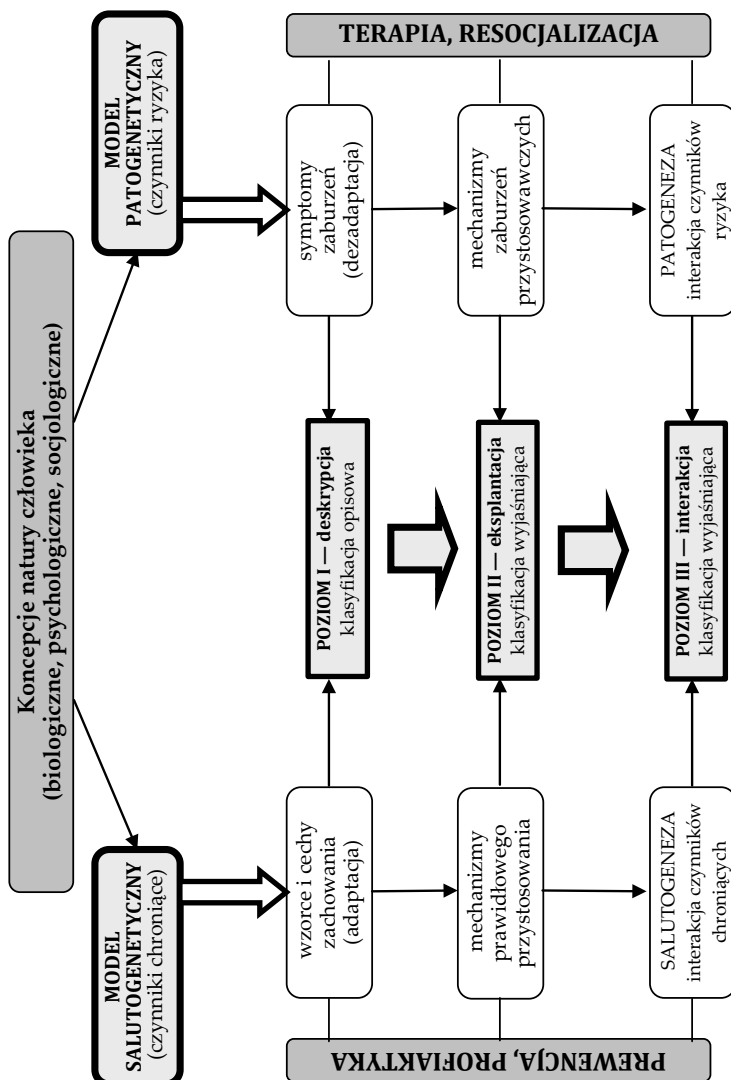
3) **poziom III** – przyjęcie założenia o interakcji czynników intrapsychicznych, biologicznych, społeczno-kulturowych i środowiskowych, decydujących w różny sposób (zależnie od ich konstelacji) o prawidłowym rozwoju psychospołecznym *vs.* pojawianiu się zaburzeń przystosowawczych.

Ze względu na przyjętą, jako wyjściową w wyjaśnianiu zaburzeń przystosowawczych, koncepcję poznawczą, odnosimy się do spostrzeżenia własnej sytuacji życiowej i siebie samej przez jednostkę zaburzoną, co stanowi efekt doświadczeń uczących i ukształtowanych na tej podstawie schematów opisujących i wyjaśniających osobitą sytuację życiową. Wśród koncepcji poznawczych, całościowo wyjaśniających funkcjonowanie osób prawidłowo i wadliwie przystosowanych, ważne miejsce zajmują koncepcje Alberta Ellisa i Aarona Becka oraz Seymoura Epsteina, które skróto zostaną omówione wraz ze wskazaniem ich znaczenia dla diagnozy resocjalizacyjnej.

Albert Ellis (1962, 1991) wskazuje, że emocje powstają wówczas, gdy jednostka spostrzeża i ocenia docierające do niej bodźce jako korzyst-

Schemat 9

Model opisu i wyjaśniania procesu prawidłowego i wadliwego przystosowania



Źródło: Opracowanie własne, zmodyfikowano na podstawie: Cierpiatkowska, Sęk 2012: 68

ne lub niekorzystne dla niej. Na tej podstawie tworzą się jej przekonania i nastawienia emocjonalne, których istotnym źródłem są werbalizacje i autowerbalizacje. Jednostka prawidłowo przystosowana posiada racjonalne i realistyczne przekonania o sobie i świecie, co powoduje, że zaspokaja własne potrzeby, respektując jednocześnie potrzeby innych ludzi, potrafi przystosować się do wymagań społecznych, jest autonomiczna w swoich wyborach i działaniach, potrafi tolerować wieloznaczność i odmienność, jest obiektywna w swoim myśleniu, jej myślenie cechuje elastyczność i giętkość, akceptuje siebie, potrafi się zaangażować w działania, czerpie radość z życia, przejmując przy tym odpowiedzialność za siebie i pojawiające się w jej życiu trudności. Zaburzenia w przystosowaniu są natomiast rezultatem uwewnętrznionych – nielogicznych, nierealistycznych i nieracjonalnych przekonań, przyjmujących formę werbalizacji i autowerbalizacji o charakterze destrukcyjnym, wywołujących niepokój i lęk, niepewność, nadmierne poczucie winy, powodujących cierpienie, a także ewokujących negatywne, a nawet katastroficzne przekonania o naturze świata i własnej w nim roli. Ostatecznie zaś przekonania tego typu prowadzić mogą do bierności, zahamowania działań lub frustracyjnie determinowanych działań impulsywnych (odreagowanie negatywnych emocji) czy utrwalania się nastawień obronnych. Nieracjonalne przekonania, właśnie z powodu ich irracjonalności (braku realnych przesłanek potwierdzających ich słuszność), są sztywne i mają tendencję do nadmiernego generalizowania się (uogólniania), utrudniając dokonanie w ich zakresie konstruktywnych przemian.

Aaron Beck (1976, 2002; Beck, Freeman, Davis 2005) – twórca terapii poznawczej i koncepcji zaburzeń depresyjnych, ale też modeli wyjaśniających zaburzenia lękowe, fobie, uzależnienia, zaburzenia osobowości i zaburzenia typu schizofrenicznego (za: Cierniakowska, Sęk 2012: 113–115) – uważa, że do zaburzeń dochodzi na skutek interakcyjnego współdziałania czynników genetycznych, psychologicznych i środowiskowych, co powoduje zakłócenia naturalnych procesów regulacji i adaptacji jednostki do doświadczanych przez nią trudności. Rzeczywistość postrzegana jest przez jednostkę zaburzoną poprzez hiperaktywne struktury poznawcze, które cechują się pesymistyczną oceną sytuacji, własnej osoby i własnej przyszłości, mającą charakter zautomatyzowany. Triada poznawcza (negatywne: Ja, sytuacja i przyszłość) warunkowana jest dodatkowo przez zniekształcenia poznawcze

(opisane wcześniej). Terapia poznawcza, a więc i ta możliwa do zastosowania w resocjalizacji, jest skoncentrowana zatem na zniekształceniach poznawczych – automatycznych myślach i arbitralnym, błędnym wnioskowaniu (Beck 1976; Beck, Freeman, Davis 2005). Ich odkrywanie i metoda kwestionowania automatycznych myśli mają na celu przede wszystkim ich przekształcenie, następstwem tego zaś może i powinno stać się doświadczenie sukcesu (powiązanego z owymi przekształceniami), mobilizowanie (motywowanie) do aktywności oraz poczucie zadowolenia wynikające z dokonujących się zmian w funkcjonowaniu.

Omówione wcześniej poznawcze podejście do osobowości Epstein a (2003, 2006), choć mniej skoncentrowane na zaburzeniach, stanowi także dobrą bazę wyjściową do projektowania działań postdiagnostycznych w resocjalizacji, wskazując podstawowe obszary potrzeb, uczenia się ich zaspokajania i doświadczeń (pozytywnych i negatywnych) związanych z możliwością ich realizacji, skutkujących kształtowaniem się określonych nastawień życiowych. Empiryczne potwierdzenie różnicowań we wszystkich zakresach ukształtowanych nastawień: wobec Ja, „innych ludzi”, jakości relacji „Ja – inni”, wobec świata i własnego życia (własnej przyszłości), wśród osób prawidłowo i wadliwie przystosowanych, potwierdza przydatność tej koncepcji zarówno w diagnozie do celów resocjalizacji, jak i do działań resocjalizacyjnych (Ostafińska-Molik 2014; Wysocka, Ostafińska-Molik 2014).

W odniesieniu do działań postdiagnostycznych (resocjalizacyjnych) można wykorzystać także teorię konstruktów osobistych i metodę ich przekształcania Georga Kelly'ego (1955, 1963). Metoda ta polega na tworzeniu scenariusza zmiany ról, czyli utrwalonych przekonań odnoszących się do konstruktów osobistych i stylu życia (*Fixed Role Therapy*). Proces zmiany obejmuje kilka etapów:

- a) tworzenie scenariusza nowego Ja;
 - b) tworzenie strategii postępowania prowadzącej do realizacji nowego Ja;
 - c) ćwiczenie nowych sposobów patrzenia na różne sprawy życia codziennego i nowych sposobów zachowań (z obserwowaniem i doświadczaniem ich rezultatów);
 - d) sprawdzanie doświadczeń w toku grania ról zgodnych ze scenariuszem.
- Podczas nauki nowych zachowań i obserwacji ich skutków dochodzi lub może dojść do zmiany systemu konstruktów dezadaptacyjnych

i przekształcenia ich w przekonania służące funkcjonalnie prawidłowej adaptacji. Szerzej ten temat rozwijają, choć w kontekście innych zaburzeń: Piotr Oleś (2009) i Krystyna D r a t - R u s z c z a k (2012).

W kolejnym podrozdziale dokonana zostanie konkretyzacja założeń teoretyczno-metodologicznych diagnozy resocjalizacyjnej, uwzględniająca: a) zasadę komplementarności przyjętych w ocenie diagnostycznej kryteriów (salutogenetycznych i patogenetycznych) oraz b) zasadę priorytetu kryteriów salutogenetycznych (diagnozy pozytywnej) w ocenie problemów adaptacyjnych jednostki i konstruowaniu programów oddziaływania resocjalizującego.

2.2. Poznać świat życia jednostki niedostosowanej społecznie, czyli ogólnie o podstawach metodologicznych diagnozy

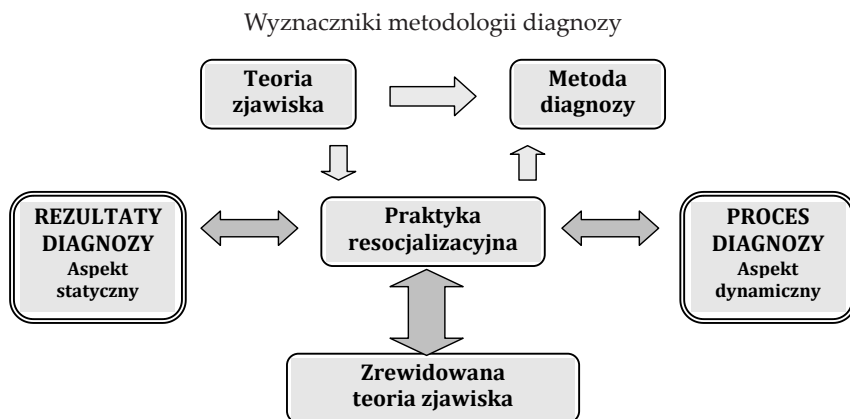
Postępowanie diagnostyczne, niezależnie od jego podstawowego obszaru treściowego, formalnie zdeterminowane jest przyjęciem określonych założeń teoretycznych, które warunkują z kolei przyjęcie adekwatnej do nich metody poznania, rezultat zaś przeprowadzonych analiz powinien być weryfikowany w praktyce i zwrócić do niej implementowany po jego praktycznym sprawdzeniu.

Jerzy B r z e z i ń s k i (2012: 154–155) mówi nawet o swoistej triadzie, na którą składają się: **teoria – metoda – praktyka**. Triada ta jest niezbywalnym fundamentem postępowania diagnostycznego, silnie akcentującym zasadę, że poznanie odbywa się zawsze w granicach danej i przyjętej przez badacza teorii opisującej i wyjaśniającej określone (badane) zjawisko³. Ponadto możemy wyróżnić dwa aspekty praktyki diagnostycznej:

³ Powszechnie obowiązujące standardy dla testów psychologicznych, choć oczywiście odnoszą się do jednej z wielu metod poznania, stanowią o konieczności zapewnienia trafności teoretycznej narzędzi diagnostycznych, co oznacza ich „ulokowanie” w określonej teorii i formułowanie wniosków diagnostycznych odwołujących się do jej założeń (deskryptywnych i eksplanacyjnych). Na konieczność tę zwrócili uwagę już kilkadziesiąt lat temu Lee J. C r o n b a c h i Paul E. M e e h l (1955, 2005; C r o n b a c h 1951), a do dzisiaj nic w tym zakresie się nie zmieniło. Jednak wśród wielu diagnostów i metodologów teza ta wciąż jest niepopularna, choć przyjęta na całym świecie (zob. *Standardy AERA/APA/NCME*, 1999; *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*, 2007). Niezależnie jednak

dynamiczny i statyczny (Brzeziński 2012: 155). Pierwszy odnosi się do procesu diagnozy, a więc sekwencji czynności prowadzących do rozpoznania, drugi zaś odnosi się do jej rezultatów przyjmujących formę oceny ilościowej i jakościowej (schemat 10).

Schemat 10

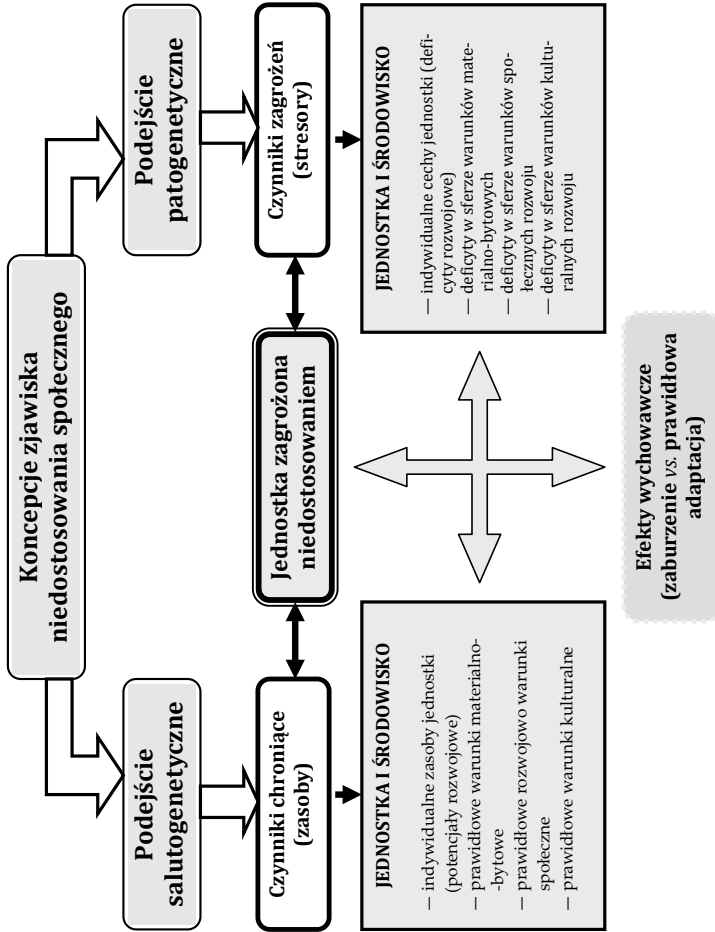


Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Brzeziński 2012: 154

W odniesieniu do koncepcji pedagogicznych, opisujących elementy środowiska wychowawczego znaczące rozwojowo, zależności pomiędzy czynnikami zagrożeń (stresorami), czynnikami wsparcia (zasobami) i efektami wychowawczymi (prawidłowy rozwój *vs.* niedostosowanie społeczne), ostatecznie konstytuującymi się w jednostce (*resilience*, koherencja, efekty rozwojowe, strategie radzenia sobie), są oczywiście: jednostka rozwija się wskutek ciągłej konfrontacji z niesprzyjającymi rozwojowo czynnikami, wykorzystując dostępne jej czynniki chroniące. W klasycznym rozumieniu środowiska wychowawczego stanowią one zbiór powiązanych z sobą elementów społecznych, kulturowych i przyrodniczych (materialno-bytowych). Zależności między nimi można przedstawić schematycznie w sposób następujący (schemat 11):

od dróg (metod) poznania, nie jest ono możliwe poza teorią, co nie oznacza, że teoria się nie rozwija: eksplorując różne zjawiska, ale wychodząc z założeń danej teorii, możemy ją wzbogacać i przekształcać, a następnie konfirmować (potwierdzać) nowe modele teoretyczne (zob. Charzyńska, Wysocka 2015 a, b).

Schemat 11
Zależności między efektami wychowawczymi a czynnikami chroniącymi i czynnikami zagrożeń rozwoju



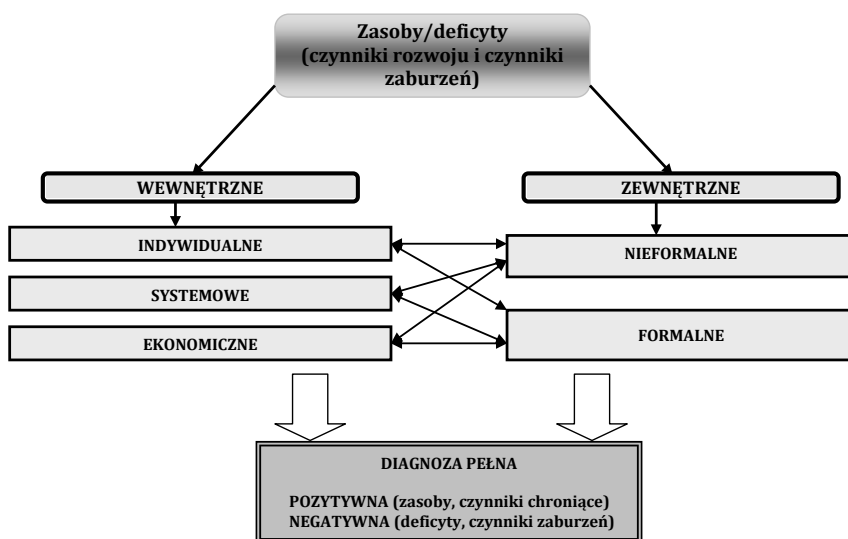
Źródło: Opracowanie własne

Analogicznie zależności te przedstawia za autorami niemieckimi (np. D. Bender, F. Lösel, U. Staudinger, E. Werner) Marta Kulesza (2009), choć autorka nie konkretyzuje różnych kategorii czynników chroniących i czynników zagrożeń, a ponadto odnosi je jedynie do czynników tkwiących w środowisku rodzinnym.

Ostatecznie zestawiając koncepcje różnych autorów, można dokonać próby formalnej kategoryzacji zasobów i deficytów (schemat 12), dzieląc je na *wewnętrzne* (indywidualne, systemowe, ekonomiczne) i *zewewnętrzne* (nieformalne i formalne), które zawsze są swoiście z sobą powiązane i łącznie określają ich znaczenie rozwojowe w konkretnym przypadku (Kulesza 2009).

Schemat 12

Konceptualizacja obszarów diagnozy niedostosowania społecznego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Kulesza 2009: 30

Komplementarna analiza zjawiska niedostosowania społecznego wymaga jednocześnie przyjęcia metodologicznego modelu diagnozy pełnej, na którą składają się:

a) ważniejsza dla podejmowania decyzji (diagnoza decyzyjna) i procesu interwencji (projektowania postdianostycznego i oddziaływania resocjalizacyjnego) diagnoza pozytywna;

b) jedynie uzupełniająca proces poznania diagnoza negatywna (Obuchowska 1983, 1997), której znaczenie uwidacznia się głównie w diagnozie genetycznej i konsekwencyjnej.

Diagnoza pełna obejmuje zatem rozpoznanie *czynników chroniących* (indywidualnych i środowiskowych zasobów) oraz *czynników ryzyka*, zagrożeń (indywidualnych i środowiskowych deficytów), które trzeba zoperacjonalizować, sięgając do założeń wybranych teorii. Przedstawiona w dalszej partii tekstu charakterystyka kryteriów diagnostycznych nie jest wyczerpująca ani też nie można jej ulokować w konkretnych teoriach. Pełni jedynie funkcję przykładowego porządkowania zmiennych podlegających analizie w poszczególnych obszarach⁴.

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, zdolności i zdolności specjalne, swoiste nastawienia życiowe (np. optymizm/pesymizm, nastawienia intrapersonalne, opisujące cechy właściwe dla *resilience*, poczucia koherencji, radzenia sobie, osobowości rozumianej jako system przekonań).

Wśród zasobów/deficytów *systemowych* wskazać można różne rytuały i tradycje funkcjonujące w środowisku życia jednostki, więzi emocjonalne łączące ją z innymi ludźmi, umiejętność 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, nastawienia interpersonalne, warunki strukturalne w poszczególnych środowiskach życia, style oddziaływania otoczenia na jednostkę, system wartości uwzględniający znaczenie i jakość relacji z innymi ludźmi.

⁴ Teoretyczne i metodologiczne konkretyzacje przyjętego modelu diagnozy stanowią przedmiot mojej kolejnej – będącej w przygotowaniu – publikacji, która przedstawia dostępny warsztat diagnostyczny możliwy do wykorzystania w diagnozie na potrzeby praktyki: *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji: warsztat diagnostyczny pedagoga – praktyka*.

Wśród zasobów/deficytów *ekonomicznych* do najważniejszych należą warunki mieszkaniowe, zasoby finansowe, dobra powszechnie uznawane za potrzebne lub atrakcyjne, służące rozwojowi, wraz z ich korelatami — ubóstwem, bezrobociem i innymi czynnikami marginalizującymi strukturalnie jednostkę w środowisku jej życia.

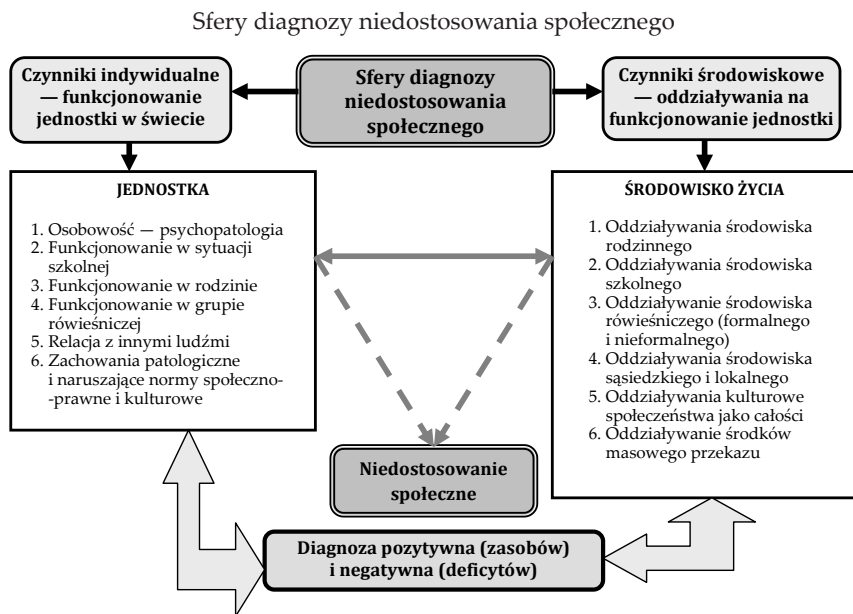
Wśród zasobów/deficytów *nieformalnych* wyróżnia się ogólnie kategorię dostępnego jednostce systemu wsparcia społecznego, charakteru relacji i jakości więzi z różnymi układami społecznymi, a głównie z rodziną (bliską i dalszą), sąsiadami, przyjaciółmi, grupą rówieśniczą, oraz sieć powiązań i kontaktów ze społecznością lokalną.

Wśród zasobów/deficytów *formalnych* wskazuje się realne i potencjalne powiązania z różnymi instytucjami i organizacjami społecznymi: 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 może oddziaływać jednostka niedostosowana społecznie (sprzężenia zwrotne): środowisko rodzinne i inni dorośli, środowisko rówieśnicze i szkolne (instytucjonalne), społeczność lokalna, a na poziomie bardziej ogólnym: oferta kulturowa społeczeństwa, oddziaływanie środków masowego przekazu. Wskazuje to na konieczność dokonania diagnozy jednostki niedostosowanej i świata jej życia w sposób komplementarny, a jednocześnie systemowy, co oznacza analizę sposobu funkcjonowania jednostki w świecie (czynniki indywidualne, wewnętrzne) oraz analizę środowiska życia, czyli czynników determinujących sposób funkcjonowania jednostki (czynniki środowiskowe, zewnętrzne), z uwzględnieniem sprzężeń zwrotnych zachodzących w obu sferach (schemat 13).

Odnosząc się do cech i zachowań właściwych 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 wyznaczane są przez jakość oddziaływań środowiskowych, ale jednocześnie wyznaczają także zwrotnie 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. Są to, w ujęciu

Schemat 13



Źródło: Opracowanie własne

metodologicznym, wskaźniki niedostosowania społecznego (kryteria diagnostyczne), wynikające z przyjętych założeń teoretycznych, określających, czym niedostosowanie społeczne jest, jak się przejawia i co powoduje (symptomatologia, konsekwencje rozwojowe i wychowawcze) oraz w jaki sposób można je wyjaśniać (czynniki determinujące).

W diagnozie indywidualnej, skoncentrowanej na subiektywnym postrzeganiu siebie i warunków własnego rozwoju, diagnoza właściwości środowiska życia jest węż immanentnie „wpleciona”, to bowiem, w jaki sposób jednostka funkcjonuje w środowisku, zależy od jego jakości (którą identyfikujemy), co przekłada się na sposób jego postrzegania i oceny przez jednostkę, a w efekcie odzwierciedla się w sposobie reagowania na jego atrybuty (zachowania nieprzystosowawcze występujące w funkcji obrony). Ponadto sposób postrzegania środowiska własnego życia jest sam w sobie przedmiotem diagnozy, decyduje bowiem o sposobie działania jednostki w świecie (w relacji z sobą i innymi).

Elementy diagnozy negatywnej, specyficznej dla niedostosowania społecznego, zostały szeroko opisane w literaturze przedmiotu. Obszary, kategorie analizy i modele diagnozy w tym zakresie omawiam pełniej w innych publikacjach (W y s o c k a 2007, 2013 a, b), dlatego też w tym miejscu, ze względu na przyjęty model myślenia, wyjaśniania i poznawania zjawiska niedostosowania społecznego, pomijam bardziej szczegółową ich prezentację. Trzeba mieć także świadomość, że próba skatalogowania zmiennych ważnych w diagnozie indywidualnego funkcjonowania jednostki niedostosowanej społecznie jest w zasadzie niemożliwa, dlatego wymaga po pierwsze, zawężenia do jednej opcji teoretycznej, a po drugie, przyjęcia zakresu ich identyfikacji zależnie od specyficznej sytuacji poznawanego przypadku. Jednakże ogólna świadomość zakresu symptomatologii oraz czynników genetyczno-konsekwencyjnych (pierwotnych, psychologicznych oraz wtórnych, pedagogicznych i społecznych) jest ważna z perspektywy tworzenia modelu poznania adekwatnego do określonej sytuacji diagnostycznej.

Analiza zmiennych ważnych w ocenie świata 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, co wynika z założeń o komplementarności procesu poznania związanego z podejściem zarówno salutogenetycznym, jak i patogenetycznym. Zmienne te mogą i powinny być uwzględnione w modelu diagnozy resocjalizacyjnej, jednakże — biorąc pod uwagę wyjściowe koncepcje poznawcze i interakcyjne: osobowości jako systemu współzależności oraz systemu przekonań, gdzie rozwój jednostki traktowany jest jako zmienny proces, na który oddziałuje wiele sprzecznych sił wewnętrznych i zewnętrznych, również dynamicznego „systemu ustosunkowań wobec świata”, a także zjawiska *resilience* — ważne są one głównie z perspektywy sposobu subiektywnego ich postrzegania i przypisywanego im przez jednostkę znaczenia. Zmienne te należy traktować jako zasadnicze w modelu działań resocjalizacyjnych choćby z tego powodu, że wewnętrzna przemiana jednostki wiąże się z przekształceniem własnych przekonań, nastawień i postaw wobec świata oraz własnego życia — z destruktywnych w konstruktywne. Jest to zatem działanie skoncentrowane na jednostce traktowanej jako twórczy i zdolny do transgresji podmiot (podejście humanistyczne, per-

sonalistyczne), a przede wszystkim na jej sposobie postrzegania siebie i świata oraz relacji „Ja – świat” (podejście poznawcze).

Proponowany model diagnozy jest zatem modelem niespecyficznym, odnoszącym się do symptomów, potrzeb i czynników pierwotnych, niespecyficznych dla niedostosowania społecznego. Jednak w ujęciu dynamicznym i pozytywnym, właśnie do nich w działaniu powinni się odnosić przedstawiciele pedagogiki resocjalizacyjnej. Zmienne te muszą być brane pod uwagę także dlatego, 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.

2.3. Propozycje podejść teoretyczno-metodologicznych do obszarów diagnozy w resocjalizacji

Niezależnie od typu podejścia do diagnozy – salutogenetycznego (diagnoza pozytywna) czy patogenetycznego (diagnoza negatywna) – w metodologii diagnozy głównym problemem jest adekwatność doboru metody do celu dokonywanego rozpoznania. Trzeba mieć także na uwadze, że nie istnieją gotowe metody diagnozy do zastosowania w konkretnych, specyficznych przypadkach (algorytmy postępowania diagnostycznego), dlatego metodę obejmującą całokształt przebiegu procesu diagnostycznego trzeba tworzyć (heurystyka postępowania diagnostycznego), kierując się specyfiką problemu, zjawiska i osoby badanej, choć dokonuje się to na podstawie ogólnych, wypracowanych przez metodologię reguł, a także założeń teoretycznych dotyczących przedmiotu diagnozy, czyli badanych zjawisk.

Istotny zatem problem, który trzeba zawsze uwzględniać w konstruowaniu i doborze metody diagnozowania, stanowi to, iż badanie spraw ludzkich dokonuje się w specyficznej relacji diagnostycznej, która ma nie tylko charakter poznawczy, ale też przebiega w emocjonalnej zależności, co wiąże się z tym, iż poznanie to zależy od aktu woli osoby badanej. Konstruując model diagnozy, musimy ten fakt uwzględnić, co ma reperkusje prakseologiczne i etyczne. Fakt ów uzasadnia, dlaczego Helena

Radlińska przypisywała ogromne znaczenie rozumiejącemu wejściu badacza w środowisko, obserwacji przeżywanej, a nie tylko uczestniczącej, oraz postawie etycznej badacza.

W kontekście niepewności procesu poznania i konieczności tworzenia modelu diagnozy każdego indywidualnego przypadku ważnym wskazaniem związanym z praktyką diagnostyczną jest stosowanie możliwie wielu technik różnego typu (podstawowych, klinicznych, niepsychometrycznych *vs.* opartych na pomiarze, psychometrycznych; jakościowych *vs.* ilościowych) do rozwiązywania konkretnego problemu diagnostycznego oraz w celu sprawdzenia otrzymanych danych i uzyskania informacji w możliwie dużym stopniu różnorodnych i pochodzących z różnych źródeł.

W formalnej klasyfikacji narzędzi diagnostycznych określa się typy jako — powstały ze skrzyżowania dwóch wymiarów — układ czterech kategorii metod/narzędzi:

- a) **standardowe** (testy, skale i kwestionariusze);
- b) **niestandardowe** (arkusze obserwacyjne, kwestionariusze rozmów i wywiadów);
- c) **specyficzne** (ukierunkowane na ocenę i pomiar określonych zjawisk całościowo lub pewnych ich aspektów);
- d) **niespecyficzne** (opracowane do oceny innych zjawisk, ale mogące mieć częściowo zastosowanie do oceny interesujących badacza zjawisk), czyli ogólnie są to zarówno techniki kliniczne, jak i psychometryczne. Ich wykorzystywaniem rządzą dwie podstawowe zasady:

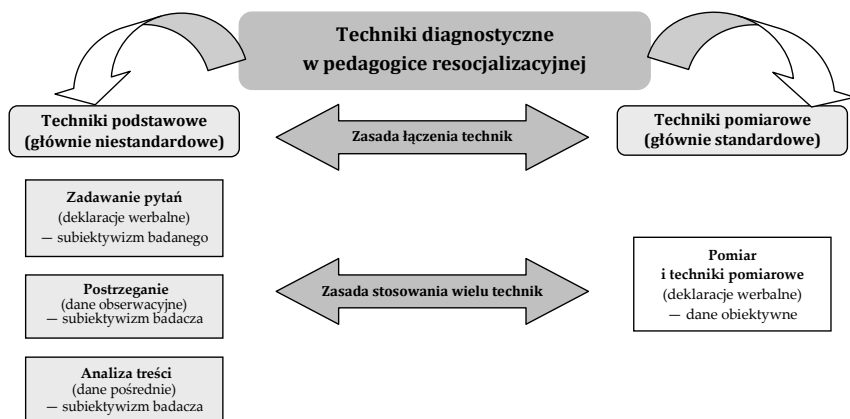
- a) adekwatności do problemu, poziomu rozwoju osoby badanej i specyficznego przedmiotu diagnozy;
- b) łączenia możliwie wielu różnych metod i źródeł informacji w poznawaniu świata życia jednostki (schemat 14).

Klasyfikacja ta nie jest rozłączna, gdyż techniki niestandardowe w zależności od sposobu konstrukcji i opracowania narzędzi mogą być także zaliczane do standardowych, ilościowych (np. ankieta, wywiad standaryzowany, arkusz obserwacyjny z ocenami skalowanymi, analiza treści formalna, ilościowa, testy projekcyjne). Wskazuję tu jedynie dominujący sposób wykorzystywania danych technik zbierania informacji.

Do najczęściej wykorzystywanych technik diagnostycznych w pedagogice resocjalizacyjnej należą: wywiad, rozmowa, obserwacja, analiza

Schemat 14

Klasyfikacja technik diagnostycznych i źródeł informacji wykorzystywanych w pedagogice resocjalizacyjnej



Źródło: Opracowanie własne

dokumentów i wytworów, socjometria, kwestionariusze i skale pomiarowe, ankieta lub incydentalnie techniki projekcyjne. Ich specyficzne zastosowanie różnicuje: *sposób zdobywania informacji* (bezpośredni, pośredni), *źródło informacji* (badany, otoczenie społeczne, diagnosta), *charakter* (subiektywny, obiektywny), oraz *cel*, w jakim się je wykorzystuje (badanie dla celów poznawczych lub praktycznych).

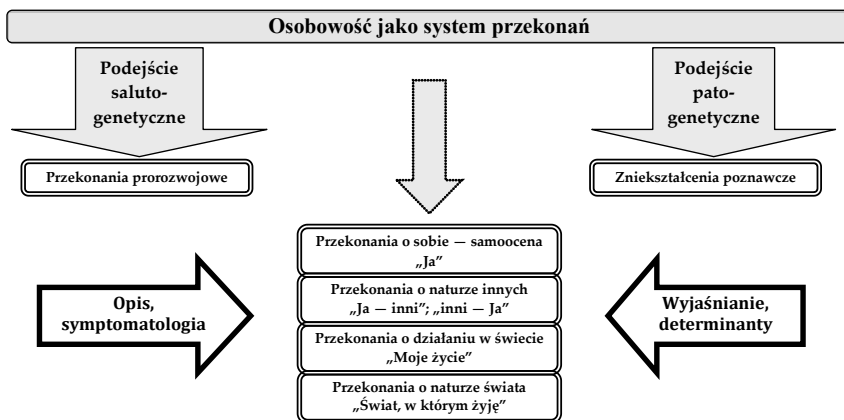
Techniki te mogą znaleźć zastosowanie w ocenie różnych zjawisk ważnych w działalności pedagoga i pedagoga resocjalizacyjnego, ale ich formalna kwalifikacja i stosowanie zależą od sposobu konceptualizacji problemu, czyli przyjętych w ich konstrukcji założeń teoretycznych (techniki specyficzne *vs.* niespecyficzne), a także od przyjętych założeń metodologicznych (techniki standardowe *vs.* niestandardowe). Przy czym, oczywiste jest, iż klasyfikacja ta nie jest rozłączna, gdyż w technikach zaliczonych do niestandardowych można także wykorzystywać elementy pomiaru.

Przyjęcie określonych założeń teoretycznych dotyczących natury badanego zjawiska, jak wskazałam wcześniej, decyduje o specyfice zastosowanych metod, technik i narzędzi diagnostycznych oraz ich znaczeniu

dla podejmowanych decyzji o działaniu w praktyce pedagogicznej (trjada: **teoria – metoda – praktyka**). Ujęcie niedostosowania społecznego w kategoriach poznawczych pozwala wyodrębnić podstawowe obszary diagnozy skoncentrowane na osobowości rozumianej jako system przekonań o sobie, naturze świata, własnym działaniu w świecie oraz relacjach łączących jednostkę ze światem społecznym. Komplementarność modelu diagnozy z wykorzystaniem jako dominującego nurtu salutogenetycznego, uzupełniającego jedynie obszar analiz ujęcia patogenetycznego, wyznacza koncentrację na diagnozie potencjałów i zasobów (tzw. stymulatorów rozwoju) jednostki niedostosowanej społecznie oraz na – dopełniającej obrazu jej funkcjonowania – ocenie barier, dysfunkcji i ograniczeń rozwojowych (tzw. inhibitorów rozwoju). Schemat najważniejszych obszarów diagnozy, które mogą być w różny sposób konceptualizowane i operacjonalizowane zależnie od przyjętej teorii, można przedstawić następująco (schemat 15).

Schemat 15

Schemat obszarów diagnozy w ujęciu poznawczym



Źródło: Opracowanie własne

Wśród najważniejszych obszarów diagnozy, wykorzystując różne szczegółowe koncepcje teoretyczne, można w takim ujęciu wyróżnić przykładowo:

- a) nastawienia życiowe rozumiane jako system przekonań o własnym funkcjonowaniu w świecie i jego determinantach;
- b) potencjał twórczy, czyli myślenie i osobowość twórczą oraz zdolności specjalne (inteligencje wielorakie);
- c) *resilience*, czyli zasoby odpornościowe, czynniki chroniące przed zaburzeniami;
- d) poczucie koherencji, czyli zrozumiałości, sensowności i zaradności;
- e) poczucie kontroli wzmocnień związane z przekonaniem o możliwości kontrolowania własnego życia i jego przebiegu;
- f) poczucie skuteczności związane z przekonaniem o możliwości celowego działania w świecie;
- g) strategię radzenia sobie z problemami w sposób konstruktywny, ograniczający doświadczanie frustracji i niepowodzeń;
- h) sposób wartościowania i pokonywanie kryzysu w wartościowaniu;
- i) poczucie sensu życia;
- j) nastawienia transgresyjne (transgresje osobiste, prywatne i publiczne, historyczne);
- k) inteligencję emocjonalną i rozumienie empatyczne;
- l) poczucie winy i odpowiedzialności oraz wrażliwość na wzmocnienia pozytywne i negatywne, a także wiele innych właściwości osobowych⁵.

Prezentowane ujęcie diagnozy determinuje ocenę wskazanych zmiennych, decydujących o ludzkim rozwoju, w perspektywie subiektywnej, a więc z wykorzystaniem narzędzi typu *self-report*. Wynika to z podstawowego założenia psychologii poznawczej o priorytetowym znaczeniu dla procesu rozwoju: subiektywnej percepcji własnych zasobów i deficytów, motywacji do aktywności autokreacyjnej oraz postrzeganej indywidualnie możliwości działania ukierunkowanego na osiągnięcie zakładanych celów.

2.4. Etyka postępowania pedagoga resocjalizującego — wyznaczniki i specyfika

Proces diagnozowania nie może być aksjologicznie neutralny ze względu na fakt, iż w naukach społecznych, szczególnie zaś tych bezpośrednio

⁵ Warsztat diagnostyczny i szczegółowe założenia teoretyczne diagnozy wskazanych obszarów prezentuje kolejna moja przygotowywana i wspomniana publikacja: *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji...*

powiązanych z praktyką, jego rezultatem jest decyzja o działaniu, a ponadto diagnoza zawiera nie tylko konkluzje opisowo-wyjaśniające, ale też konkluzje ocenijające, wartościujące. Diagnosta stanowi zatem bezpośrednio lub pośrednio element systemu kontroli społecznej nad zachowaniami indywidualnymi i zbiorowymi, gdyż jego postępowanie nie tylko podlega określonym normom i kodeksom etycznym, ale jego działalność w dużym stopniu jest normotwórcza przez orzekanie o tym, *co jest dobre, co złe, prawidłowe i nieprawidłowe*. Nakłada to na diagnostę szczególną odpowiedzialność, decyduje on bowiem w dużym stopniu o ludzkim losie, co dodatkowo wiąże się z koniecznością spełniania określonych standardów etycznych, które wyznacza z jednej strony jego profesjonalizm (wiedza, kompetencje, umiejętności), z drugiej zaś jego postawa wobec podmiotu i przedmiotu diagnozy (kompetencje relacyjne). Wiąże się to ze stygmatyzacją w procesie diagnostycznym pewnych zachowań, postaw i cech ludzi, choćby przez orzekanie o zjawiskach patologicznych, która może zaburzać trafność spostrzegania interpersonalnego i oceny pewnych zjawisk społecznych. Podejście pozytywne do diagnozy w pewnym stopniu to zagrożenie ogranicza, ale go nie eliminuje. Szczególnie silnie ujawnia się to w sytuacji poznawania zjawisk „trudnych” (obarczonych społeczną oceną i wynikających z traumatycznych doświadczeń badanego). Przypisana etykieta, a taką funkcję paradoksalnie pełni diagnoza, stanowi psychiczne obciążenie dla badanego, szczególnie wtedy, kiedy naznaczający jest ekspertem, specjalistą w określonej dziedzinie (dlatego ocena jest wiarygodna), który dodatkowo ma społeczne przyzwolenie na dokonywanie ocen wartościujących.

Diagnoza jako podstawa podejmowania decyzji o działaniu praktycznym (służącym zmianie) musi spełniać niezwykle wysokie standardy związane z jej rzetelnością, wiarygodnością i trafnością, a to wyznacza konieczność świadomości etycznej i odpowiedzialności diagnosty wobec poznawanych podmiotów.

Metodologia diagnozy zajmuje się wypracowaniem i potwierdzaniem zasadności reguł i standardów jakości poznania, formułowaniem zaleceń związanych z organizacją procesu diagnostycznego, regulowaniem jego przebiegu w taki sposób, by nie powodowało to negatywnych konsekwencji dla badanego, a jednocześnie prowadziło do trafnego rozpoznania (maksymalnej zgodności rzeczywistości realnej i poznawanej).

Diagnosta musi być świadomy, że każde rozpoznanie ma status jedynie hipotezy (niepewność procesu poznania), której wiarygodność zależna jest od przestrzegania określonych standardów. Diagnosta – praktyk działa zawsze w sytuacji prawdopodobieństwa (Mazurkiewicz 1993: 67), a proces diagnozy jest nieskończony (Kępiński 1989: 6–7). Oznacza to, że w procesie poznania należy kierować się *zasadą realizmu* w ocenie rezultatów diagnozy, które ponadto odnoszą się jedynie do przyjętych założeń teoretycznych określających istotę i naturę badanego zjawiska lub stanu rzeczy. Diagnostę obowiązuje także respektowanie *zasady profesjonalizmu* i *zasady osobistego doskonalenia*, bo choć niemożliwa jest kontrola i eliminacja wszystkich czynników zakłócających prawidłowy tok postępowania diagnostycznego, to jednak ich świadomość niewątpliwie służy potencjalnie zwiększeniu trafności i obiektywności pozyskiwanych danych. Diagnosta musi mieć świadomość, że jego wiedza i doświadczenie są ograniczone, a jego procesy poznawcze działają w sposób niedoskonały (podobnie jak i u osób badanych), co modyfikuje/zakłóca proces poznania na każdym jego etapie: zbierania, kodowania i odkodowania informacji, ich przetwarzania i interpretacji. Zasadą jest także dążenie do *obiektywności* i *merytorycznej poprawności* formułowanych sądów diagnostycznych, co wyznacza świadomość ograniczeń i problemów związanych z poprawną diagnozą. Należy także zadbać o dobór odpowiedniej metodologicznie procedury badawczej, prowadzącej do zobrazowania stanu badanej rzeczywistości, co warunkowane jest jej adekwatnością do założeń teoretycznych i specyfiki rozwojowej badanego. Diagnosta musi mieć jednak świadomość i respektować *zasadę ograniczonego zaufania* do uzyskanych rezultatów diagnozy, a tym samym respektowania zasady traktowania diagnozy jako działania o *charakterze otwartym*, bo nieskończonym i niepewnym.

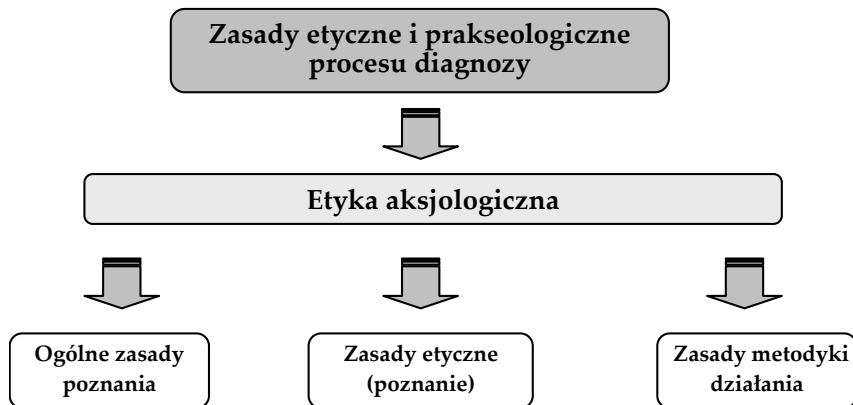
Trzeba mieć też na uwadze, że zasady działania skutecznego, czyli prakseologii wyznaczającej sprawność działania diagnosty, są ściśle powiązane z postępowaniem etycznym, wyznaczanym przez jakość relacji diagnostyczno-terapeutycznej (interwencyjnej) i świadomość znaczenia budowania kontaktu diagnostycznego, wychowawczego, terapeutycznego lub opiekuńczego (Mazurkiewicz 1993: 66–67) dla rezultatów diagnozy, projektowania postdiagnostycznego i efektywności oddziały-

wań wychowawczo-resocjalizacyjnych. Zatem zasady etycznego postępowania diagnostycznego wyznaczają reguły zarówno prakseologiczne, jak i *stricte* etyczne (trafność i efektywność procesu diagnozy i działania postdiagnostycznego zależą od etyki postępowania, którą z kolei wyznacza szeroko rozumiany profesjonalizm: wiedza teoretyczna, metodologiczna i kompetencje relacyjne, związane z budowaniem kontaktu). Dopiero połączenie tych zasad stanowi o wysokim prawdopodobieństwie trafności diagnozy, czyli zbliżenia konkluzji oceniającej (rezultatu diagnozy), stanowiącej wynik postępowania diagnostycznego, do realnej rzeczywistości. Kategoryzacja zasad etycznych wynika też z natury procesu diagnozy w pedagogice, czyli jej decyzyjności i ukierunkowania na działanie. Przekłada się to na traktowanie procesu poznania jako ciągu czynności diagnostyczno-interwencyjnych: diagnoza nie tylko poprzedza działania, ale jest ściśle powiązana z ich projektowaniem (diagnoza wstępna i projektująca), a ponadto jest pogłębiana w toku działania (diagnoza monitorująca przebieg procesu interwencyjnego) oraz kończy się ewaluacją uzyskanych rezultatów działania (diagnoza weryfikująca obraz diagnostyczny i metodykę działania). Wyznacza to złożoność i wielowymiarowość zasad działania pedagoga, które łącznie stanowią o realizacji aksjologicznych podstaw działalności pedagogicznej (etyka aksjologiczna). Można zatem mówić o zasadach:

- a) ogólnometodologicznych warunkujących sposób poznawania;
- b) etycznych regulujących przebieg procesu poznania oraz
- c) prakseologicznych organizujących proces działania postdiagnostycznego (schemat 16).

Aksjologiczny wymiar diagnozy jest szczególnie ważny w naukach praktycznych, co wynika z utylitarnej w swej istocie celu dokonywanego rozpoznania, jakim jest modyfikacja zachowania jednostki, grupy lub funkcjonowania instytucji. Diagnosta orzeka o jakości i zasadności dokonywanych zmian (modyfikacji), a więc określa, czy są one pożądane społecznie i indywidualnie. Wiąże się to z koniecznością rozstrzygnięcia dylematu, czyje dobro chroni: badanej jednostki, instytucji podejmującej działania interwencyjne czy otoczenia społecznego, środowiska życia jednostki (szkoły, rodziny, społeczeństwa, państwa). Pomocne są tu właśnie reguły aksjologiczne, jeśli bowiem przedmiot diagnozy związany jest z indywidualną dysfunkcjonalnością, która przekłada się na wystąpienie

Zasady postępowaniu diagnostyczno-interwencyjnego



Źródło: Opracowanie własne

zjawisk społecznie negatywnych (patologii, dewiacji), włącza się tendencja do „dbania o dobro otoczenia”, co deprecjonuje w pewnym stopniu ochronę „dobra jednostki”.

Zasada etycznej odpowiedzialności diagnosty wymaga zatem konkretyzacji i rozszerzenia, a nade wszystko systematyzacji i strukturalizacji, której – głównie w pedagogice – występuje wyraźny deficyt. Podstawowym jej wyznacznikiem jest relacyjny i „dialogowy” charakter dokonywanego rozpoznania, co oznacza respektowanie zasady podmiotowości, autonomii, poszanowania godności i szacunku do osoby badanej (podejście humanistyczne i personalistyczne). Etyczne aspekty diagnozy wynikają więc z prostego założenia, że diagnoza jest zawsze tworzona przez kogoś i dla kogoś oraz w jakimś celu (Brzeziński 2000: 523–537; Paluchowski, Hornowska 2000: 518). Ma zatem charakter intencjonalny, utylitarny i relacyjny: dokonuje się w relacji dwóch podmiotów, które muszą sytuację diagnostyczną zorganizować w taki sposób, by osiągnąć zakładany cel diagnozy, ale musi się to odbywać z poszanowaniem niezbywalnych praw badanego oraz z uwzględnieniem możliwości realizowania swej roli przez diagnostę. Priorytet stanowi, by podejmowane działanie niosło pomoc badanemu lub wspoma-

gało zagrożony funkcjonalnie system społeczny, ale z poszanowaniem dobra jednostki.

Aksjologiczne kryteria etycznego postępowania wynikają z podstawowych wartości, respektowanych na gruncie nauk społecznych, których celem jest różnie ujmowana działalność na rzecz innych ludzi (np. terapia, pomoc, wsparcie rozwoju, opieka, korekcja, wychowanie, resocjalizacja). Etykę tę wyznaczają trzy kategorie wartości: *dotyczące ludzi*, *dotyczące działań pedagogicznych* w relacji ze społeczeństwem oraz *kierujące zachowaniem profesjonalnym* (DuBois, Miley 1996: 61–62; Kaczyńska 2004: 341–352; Trąbkowska 2006: 43; Toeplitz-Winiowska 2009: 181–196; Skałbani 2011: 54). Etyka w zawodach związanych z działaniem społecznym stanowiona jest zatem na podstawie łańcucha wzajemnie wynikających z siebie wartości:

- a) wartość osoby ludzkiej (zasada ogólna),
- b) wartość drugiego człowieka (zasada uszczegóławiająca),
- c) wartości prawdy, odpowiedzialności i perfekcjonizmu (zasady określające sposób działania).

Etyka aksjologiczna, czyli podstawowe wartości określające cel i sposób działania (*dłaczego i jak działać, by osiągnąć cel*), musi być i jest przekształcana w etykę normatywną, związaną z tworzeniem konkretnych zasad postępowania profesjonalnego (jak działać skutecznie). W tym ujęciu kategoryzacja zasad etycznych może być formalnie sprowadzona do zasad powiązanych (Wysocka 2013 a):

- a) z właściwościami (cechami) diagnosty, wyznaczającymi jego kompetencje osobowe i formalne;
- b) z jakością relacji diagnostycznej, co określa kompetencje interpersonalne, relacyjne.

W podobny sposób porządkuje zasady etyki wyznaczające proces diagnostyczny Małgorzata Toeplitz-Winiowska (2009: 181–196), wyróżniając zasady związane :

- a) z relacją diagnostyczną;
- b) z etapami procesu diagnostycznego.

Wskazuje jednak jako odrębną kategorię — zasady stosowane w badaniu dzieci i młodzieży. W zasadach tych należy uwzględnić specyfikę pracy ze wskazaną grupą. Kwestia ta jest niedostatecznie uwzględniana lub wręcz pomijana w kodeksach etycznych, powinna zaś zostać skon-

kretyzowana ze względu na szczególne znaczenie diagnosty w relacji z dziećmi i młodzieżą. Diagnosta jest tu bowiem nie tylko specjalistą i eksperckim autorytetem, ale także dorosłym. Dzieci i młodzież to specyficzna kategoria rozwojowa, którą od dorosłych różnicuje: mniejsza możliwość autoprezentacji, słabe rozumienie sytuacji badawczej i procedury, duża podatność na stres i labilność emocjonalna, a także małe możliwości odreagowania stresu, słaba znajomość własnych praw i zwykle ograniczona zdolność do ich ochrony. Presja instytucji i dorosłych, decydujących w ich imieniu, może tu zakłócać proces diagnozy, pośrednio zaś jej eliminacji służy wprowadzona w realiach polskich zasada wymagania zgody rodziców na badania osoby niepełnoletniej. Diagnosta musi uwzględniać właśnie jej dobro i traktować jak osobę „pełnoprawną”, nie zaś reprezentować interesy dorosłych lub instytucji, kierujących na badania.

Respektowanie zasad etycznych pozwala niewątpliwie z większym prawdopodobieństwem zrealizować zakładany cel diagnozy, obie wskazane zaś uprzednio kategorie reguł etycznych wyznaczają profesjonalizm diagnosty, sprawność i efektywność jego działania, co wspomaga realizację podstawowych funkcji diagnozy.

Brzezinski (2000: 523—537) zajmuje się głównie etyką w aspekcie metodologii badań poznawczych (teoretycznych), obejmującą standardy etyczne związane z przygotowaniem badania empirycznego i projektowaniem metod badawczych oraz formułowaniem standardów postępowania etycznego wobec osób badanych. Zasada respektowania praw osoby badanej, jako kryterium wyjściowe zasad etycznych badań naukowych, związana jest z traktowaniem podmiotu poznania jako równoprawnego partnera, kontrolowaniem charakteru i jakości interakcji diagnosty i badanego oraz przyjęciem przez badacza odpowiedzialności za rezultat diagnozy, czyli za włączenie rezultatu poznania w obieg społeczny — praktykę związaną z budowaniem nowych teorii i projektowaniem nowych działań praktycznych, np. terapeutycznych. Najogólniej, zwraca się uwagę na konieczność uwzględniania w projektowaniu badań ich etycznego wymiaru oraz ponoszenie przez badacza odpowiedzialności za ich etyczność, co wiąże się z:

- a) oceną zagrożeń wynikających z prowadzenia projektowanych badań,
- b) niestosowaniem nacisku, czyli dobrowolnością uczestnictwa i możliwością wycofania się z badań,

c) jawnością celu (poza wyjątkowymi przypadkami, gdy modyfikowałoby to uzyskane wyniki),

d) ochroną badanych przed dyskomfortem (lękiem, wstydem, bólem) i negatywnymi skutkami udziału w badaniu,

e) informowaniem o naturze badań i wyjaśnianiem wszelkich wątpliwości z nimi związanych, zachowania dyskrecji itp.

Konkludując, punkt wyjścia w formułowaniu zasad postępowania diagnostycznego stanowi *etyka aksjologiczna*, wskazująca na ochronę określonych wartości, co niewątpliwie zależy od przyjętych koncepcji człowieka, jego natury i praw. Jest pochodną różnych teorii i ideologii szerszego zasięgu, ale zawsze oznacza realizowanie wartości, którym działanie profesjonalisty diagnosty służy. *Etyka normatywna* wynika z uznawanej aksjologii, stanowiąc zbiór zasad i reguł porządkujących, organizujących i konkretyzujących sposób działania, pozwalających realizować przyjęte wartości lub realizować profesjonalnie określone zadania z przestrzeganiem etyki aksjologicznej. Określa zatem dwa rodzaje zasad:

a) ograniczenia postępowania diagnosty pedagoga (*zakazy, czego robić nie wolno*),

b) postulaty sposobów działania związanego z wykonywaniem określonych zadań (*nakazy, co i jak należy robić*).

Ograniczenia i zakazy bezpośrednio związane są z błędami etycznymi (błędy diagnostyczne i wadliwe postawy diagnosty), natomiast postulaty i nakazy określają prawidłowe postępowanie diagnosty, jego zachowania i postawy.

Etyka normatywna, wyznaczana przez ogólne i szczegółowe zasady poznania oraz zasady działania postdiagnostycznego jest funkcjonalnie powiązana z etyką aksjologiczną, której istotę stanowi ochrona dobra badanych podmiotów w obszarze :

a) procesu badania, co wyznacza trafność diagnozy i brak szkodliwości czynności diagnostycznych dla podmiotu;

b) rezultatów działania pedagogicznego, co wyznacza trafność i adekwatność działania do potrzeb badanego podmiotu oraz jego skuteczność.

Jak wskazałam, punkt wyjścia w analizie sposobu poznawania zjawisk społecznych stanowią ogólne zasady postępowania w procesie badawczym (diagnostycznym), co w pedagogice wiąże się dodatkowo

z uwzględnieniem praktyczno-decyzyjnego wymiaru dokonywanego rozpoznania. Zasady **ogólnometodologiczne** mają formę dyrektyw odnoszących się do dynamiki procesu diagnostycznego, wiążąc się z:

- a) ukierunkowaniem poznania na cel,
- b) ograniczeniem zakresu poznania i jego stopniowego pogłębiania,
- c) stosowaniem właściwych proporcji pomiędzy różnymi technikami zbierania informacji i ich odpowiedniej kolejności,
- d) tworzeniem odpowiednich warunków i doбором właściwego momentu badania.

Założenie, że diagnoza ma charakter decyzyjny, nakazuje przestrzeganie **zasad regulujących sposób działania** diagnosty, co wyznacza trafność, rzetelność i obiektywność poznania, i ma istotne znaczenie dla dalszych losów badanego podmiotu. Wśród najważniejszych w tej ich kategorii wymienia się zasady:

- a) wartościowania i realizowania diagnozy pełnej, środowiskowej,
- b) uwzględniania kontekstu społeczno-kulturowego w ocenie zjawisk,
- c) realizowania diagnozy w wymiarze pozytywnym i negatywnym,
- d) łączenia różnych technik poznania (bezpośredniego i pośredniego),
- e) autodiagnozy i respektowania podmiotowości,
- f) etycznej odpowiedzialności diagnosty za przebieg i rezultat diagnozy.

Respektowanie tych zasad wyznacza jakość dokonanego rozpoznania, będąc podstawą pozyskania danych wystarczających do trafnego projektowania działań praktycznych.

Ogólnie, przedstawiając etykę pracy diagnosty, sprowadzić ją można do rzetelnego i prawidłowego dokonania rozpoznania potencjałów i deficytów rozwojowych osoby badanej. Wymaga to posiadania wysokich kompetencji i świadomości własnych ograniczeń, np. świadomości, że własne postawy (religijne, moralne, społeczne) wpływają na charakter działań diagnosty. Postępowanie etyczne związane jest także z dążeniem diagnosty do podnoszenia własnych kompetencji poznawczych (wiedzy) i osobistego doskonalenia się w sferze moralno-osobowościowej, wraz ze zdolnością i odwagą do ujawniania siebie i własnych ograniczeń w sytuacjach, gdy jest to możliwe i potrzebne. Wśród etycznych zasad poznania, odnoszących się do tych aspektów postępowania diagnostycznego, wyróżniłam dwie ich kategorie:

a) zasady wyznaczające niezbywalne kompetencje osobowo-formalne diagnosty;

b) zasady określające kompetencje interpersonalne, relacyjne.

Podkreślić należy, iż większość z tych zasad jest niespecyficzna, a więc wyznacza profesjonalną i etyczną działalność praktyczną podejmowaną na rzecz innych ludzi o różnym charakterze (wychowawczą, opiekuńczą, terapeutyczną, resocjalizacyjną, pracę socjalną).

Opisując krótko zasady wyznaczające niezbywalne **kompetencje osobowo-formalne diagnosty**, zaznaczyć należy, że stanowią one pośredni wyznacznik jego etycznego postępowania w kontekście szeroko ujmowanej odpowiedzialności za rezultaty dokonanego rozpoznania służącego podejmowaniu decyzji o działaniu „naprawczym, wspierającym” (decyzyjność diagnozy). Diagnosta jest zatem zobowiązany do przyjęcia postawy intelektualnej dociekliwości i inwencyjności myślenia, krytycyzmu i ostrożności w wydawaniu sądów, dążenia do wszechstronności i bezstronności dokonywanych analiz, systematyczności, ścisłości i precyzji w analizowaniu zebranych faktów, rozwijania własnych kompetencji (poznawczych i osobowych) oraz łączenia w analizie i interpretacji faktów wiedzy naukowej i wynikającej z jego doświadczenia praktycznego, kształtowania zdolności do decentracji poznawczej i poznawania przez rezonans własnego wnętrza ⁶ oraz dążenia do spójności teoretycznej i metodycznej w dokonywanych interpretacjach.

⁶ Zasada decentracji poznawczej i poznawania przez rezonans własnego wnętrza są z pozoru sprzeczne. Pierwsza odnosi się do zdolności spojrzenia na analizowane problemy z perspektywy „poza-Ja”, druga zaś odnosi się do zdolności włączenia w proces eksploracji problemów i uzgadniania znaczeń z badanym własnego doświadczenia. Zwykle zakłada się (szczególnie w podejściu humanistycznym), że wewnętrzne stany innego człowieka można poznać jedynie przez rezonans własnego wnętrza, co najogólniej sprowadza się do obserwowania zarówno osoby badanej, jak i samego siebie w relacji diagnostycznej. Własne reakcje na osobę badaną są bowiem równie ważne, jak przeżycia ujawniane przez osobę badaną. Może się to dokonać jedynie w relacji, w której dominuje atmosfera zaufania, intymności, z możliwością odsłaniania własnych odczuć i doświadczeń w różnych sytuacjach. Poznanie przez rezonans własnego wnętrza wymaga wrażliwości empatycznej, związanej ze zdolnością do wejścia w świat innego człowieka, wykorzystując w rozumieniu jego złożonej sytuacji własne doświadczenia i odczucia (np. zrozumieć stratę może tak naprawdę i dogłębnie człowiek, który sam jej doświadczył). Nie chodzi tu o przypisywanie

Z kolei zasady wyznaczające niezbywalne **kompetencje interpersonalne, relacyjne** diagnosty stanowią zbiór reguł określających jakość kontaktu diagnostycznego. Diagnosta powinien zatem kierować się zasadami: akceptacji i afirmacji indywidualności badanego, niewydawania pochopnych sądów i nieoceniania (neutralności), celowego wyrażania własnych uczuć i kontrolowania zaangażowania emocjonalnego w kontakcie, przyzwalania na samodzielność i respektowania dobrowolności badania, stosowania możliwie najmniejszej interwencji, a ponadto jak największej poufności i zawierzenia oraz niewywoływania poczucia bezradności, niższości i nadmiernej zależności badanego, a także świadomego uwzględniania własnych ograniczeń związanych z przebiegiem relacji z badanym podmiotem.

Oprócz ogólnometodologicznych i etycznych zasad postępowania diagnostycznego można wyodrębnić pewne swoiste reguły poznania, ściśle powiązane z procesem oddziaływania interwencyjnego – **zasady pragmatycznego działania**. Założenie o łączności diagnozy z procesem interwencji utrudnia dokonanie podziału zasad wyznaczających sposób realizacji oddziaływań modyfikacyjnych oraz poprzedzających je i towarzyszących im czynności diagnostycznych. Dlatego też reguły te zwykle odnoszą się do obu procesów: diagnostycznego i interwencyjnego, traktowanych jako ściśle z sobą powiązane i prowadzące do zakładanych efektów (realizacji celów diagnozy). Wśród zasad pragmatyki efektywnego działania postdiagnostycznego wyróżniłam dwie ich kategorie, mając świadomość ich przenikania się:

a) reguły projektowania pragmatyki i metodyki działania modyfikacyjnego,

b) reguły wyznaczające efektywność działania interwencyjnego.

Zasady bezpośrednio związane z projektowaniem postdiagnostycznym, czyli **określające pragmatykę i metodykę oddziaływań interwencyjnych**, pośrednio wyznaczają efektywność działań. Kryterium ich wyboru mogą stanowić mechanizmy zmian, oparte na kontakcie z innymi

własnych uczuć, rozumienia znaczeń, doświadczeń osobie badanej, ale wykorzystywanie ich w procesie rozumienia jej sytuacji życiowej. Relacja dialogowa stanowi podstawę zdobywania nowych informacji, ukierunkowujących eksplorację i dokonywanie konkluzji oceniających.

(społeczne uczenie się), ale uwzględniające także mechanizmy kontroli wewnętrznej, co jest ważne z perspektywy humanistycznej określającej etykę działania. Formułowanie tych zasad zależy jednak od przyjętej orientacji teoretycznej. Zwykle odnoszą się one do: pomocy w odbudowywaniu mechanizmów autotelicznej kontroli wewnętrznej, łączności działań wykorzystujących różne mechanizmy zmiany, stosowania działań znaczących dla badanego, organizowania sposobu skutecznego działania, łącznego stosowania działań semiotropowych, etiotropowych i ergotropowych w odpowiedniej ich kolejności wyznaczającej warunki efektywności (od działań ergotropowych, przez etiotropowe do semiotropowych), niezbywalnej dwukierunkowości działań — eliminujących i kreatywnych, co wpisuje się w model komplementarny, łączący założenia salutogenezy i patogenezy (Cz a p ó w 1980; U r b a n 2000; W y s o c k a 2013 a).

Reguły wyznaczające **efektywność procesu modyfikacji**: związane są natomiast z rozpoznaniem nasilenia i rozmiarów zjawisk dysfunkcyjnych (poziom i typologia), z określeniem ich wewnętrznego zróżnicowania, a także z rozpoznaniem zasobów i potencjałów możliwych do wykorzystania w procesie zmiany. Wiązą się z pogłębianiem wiedzy o nich oraz umożliwiają osiągnięcie rezultatów profilaktyczno-terapeutycznych w zakresie eliminowania deficytów i wzmacniania potencjałów. Wynikają z ogólnej teorii rozwoju i zaburzeń w rozwoju jednostki (ujęcie psychologiczne) oraz rozwoju społecznego i jego zaburzeń (ujęcie socjologiczne). Z perspektywy patogenezy, diagnosta powinien mieć świadomość konieczności rozpoznawania przejawów zaburzeń funkcjonowania jednostki w możliwie najwcześniejszych okresach rozwojowych lub fazach ich rozwoju, co wiąże się ze zwróceniem uwagi na podstawowe okresy rozwoju psychofizycznego jednostki, tzw. okresy krytyczne, a także weryfikacją rozpoznania diagnostycznego dokonywanego w następujących po sobie okresach krytycznych w kontekście ich współzależności. Zakłada się też, że diagnoza powinna być prowadzona wśród całej populacji dzieci i młodzieży oraz w różnych strukturach społecznych i instytucjonalnych, co wynika z podejścia salutogenetycznego. Kolejna zasada odnosi się do konieczności prowadzenia badań cyklicznych lub longitudinalnych (podłużnych) wśród dzieci i młodzieży oraz dorosłych potencjalnie zagrożonych zjawiskami dewiacyjnymi. Powinno się także zachowywać ciągłość teoretyczną całościowo ujętego procesu diagnozy i modyfikacji

(diagnoza, projektowanie i działanie postdiagnostyczne powinny być prowadzone z odniesieniem się do tych samych założeń teoretycznych). Realizacja celu diagnozy pełnej – pozytywnej i negatywnej – wymaga też stosowania różnorodnych metod oceny, związanych jednak wstępnie z ich adekwatnością do przyjętych założeń teoretycznych.

Planowanie działań diagnostycznych obejmuje zatem wieloaspektowo przedmiot poznania (specyficzne treści i obszary), uwzględnia okresy krytyczne w rozwoju psychofizycznym i społecznym jednostki (specyficzne problemy i kryzysy) oraz obejmuje całą populację dzieci i młodzieży oraz dorosłych. Dokonywane jest ono pod kątem identyfikacji rodzaju zaburzonych i niezaburzonych sfer osobowości i poziomu zaburzeń, osiągnięć i niepowodzeń rozwojowych, oceny warunków rozwojowych (czynników społeczno-kulturowych i środowiskowych), co odnosi się do całej biografii jednostki (sposobu postrzegania przeszłości, teraźniejszości i przyszłości). Stanowi to podstawę realizacji decyzyjnej funkcji diagnozy, ale jest także źródłem cennych informacji teoretycznych o istocie zaburzeń i ich rozwoju w kierunku zaawansowanych form patologii społecznej, tworząc podstawę osiągania wymiernych korzyści praktycznych, związanych z oceną środków i kosztów różnych działań pedagogicznych, doborem profesjonalistów przygotowanych do terapii poszczególnych rodzajów zaburzeń oraz przygotowaniem programów pracy korekcyjnej i planów współpracy z różnymi instytucjami edukacyjnymi i opiekuńczymi. Identyfikacja zaburzeń w populacji dzieci i młodzieży (i potencjalnie dorosłych) stanowi też ważny element badań psychologicznych i pedagogicznych, wzbogacających wiedzę o uwarunkowaniach procesu wychowania (czynniki wzmacniające i ograniczające efektywność oddziaływań) w podstawowych środowiskach wychowawczo-socjalizacyjnych, związanych z formalnym i nieformalnym systemem wychowawczym. Diagnoza zaburzeń i dysfunkcji, a przede wszystkim potencjałów i zasobów jednostki i środowiska jej życia, powinna stanowić integralną część oceny stanu wyjściowego, jego etapów i stanu końcowego wykorzystywanych programów profilaktycznych i terapeutycznych prowadzonych w środowiskach lokalnych.

Konkludując, najważniejsze zasady wyznaczające profesjonalizm roli zawodowej diagnosty wynikają z decyzyjnego charakteru diagnozy, wiążą się z postępowaniem metodologicznym oraz określają sposób budowania relacji diagnostycznej. Kategorie zasad, uznane za najbardziej

istotne, zostały omówione w sposób niewyczerpujący, ale wystarczający do zwiększenia samoświadomości diagnosty w zakresie problemów i dylematów, jakie musi rozwiązywać, prowadząc wieloaspektowe rozpoznanie diagnostyczne, oraz reguł, jakimi powinien się kierować w działaniach modyfikacyjnych w celu podniesienia ich efektywności.

Relacja diagnostyczna jest trudna dla obu jej stron, które ponoszą specyficzne koszty psychologiczne funkcjonowania w niej. Trudności te wynikają z charakteru kontaktu między stronami relacji (relacja w swej istocie nierównorzędna) oraz z niepewności diagnosty w zakresie radzenia sobie w sytuacji zawsze nowej, dlatego trudnej. Obie strony relacji doświadczają różnych dystraktorów, które są źródłem ponoszonych przez nie kosztów, i muszą sobie z tymi dystraktorami radzić. Koszty te są związane z zagrożeniem:

- a) wzorca własnej osoby (poczucie własnej wartości),
- b) wzorca relacji diagnostycznej (partnerstwo i dystans),
- c) wzorca realizacji własnych zadań (samodzielność, kompetencje),
- d) obrazu porządku świata (poczucie bezradności, niesamodzielność, niesprawiedliwość; O t r ę b s k a - P o p i o ł e k 1991: 110–128).

Diagnosta powinien mieć świadomość, że proces diagnozowania to działanie odpowiedzialne, wymagające profesjonalizmu i specyficznych kompetencji osobowo-moralnych. Z pewnością proces ten nie jest „fascynującą grą, której celem jest odkrycie tajemnic osoby badanej” (P a l u c h o w s k i, H o r n o w s k a 2000: 518), ale żmudnym dochodzeniem do istoty problemów i odkrywania potencjałów, ukrytych zwykle nawet przed samą osobą badaną. Żadnej ze stron nie przynosi też intensywnych gratyfikacji emocjonalnych, ale niewątpliwie nasycony jest emocjami, które wynikają z poczucia niepewności, lęku przed zewnętrzną oceną i zagrożenia odkrycia w sobie cech i właściwości, które czasem obie strony relacji chciałyby przed sobą i drugą stroną „ukryć”.

Proces diagnozy jest zawsze planowym i racjonalnym działaniem, którego cele wyznaczają dobro osoby badanej oraz konieczność działania skutecznego, ukierunkowanego na modyfikację ocenianej rzeczywistości oraz działania na rzecz układów stanowiących przedmiot diagnozy. W procesie tym ważna jest współpraca z badanym, informowanie go o tym, *co robimy i dlaczego* (podmiotowość, autonomia), szacunek, poszanowanie godności i niezależności itp. Głównym „narzędziem” diagnozy

jest zawsze diagnosta i osobowa relacja diagnostyczna, dlatego szczególnie ważne są jego kompetencje osobowe, doświadczenie praktyczne (zawodowe), umiejętności formalne i techniczne. Ich deficyt powoduje, iż diagnosta jest „narzędziem” nietrafnym i nierzetelnym, co przekłada się zarówno na etykę postępowania, jak i efektywność całego procesu diagnostyczno-modyfikacyjnego.

Dokonując próby kategoryzacji zasad postępowania diagnostyczno-intwencyjnego w naukach społecznych o charakterze praktyczno-decyzyjnym, wyszłam z dwóch przesłanek:

- a) specyfiki przedmiotu zainteresowań określonej dyscypliny oraz
- b) funkcji, jakie owe zasady pełnią.

Ogromna złożoność procesu diagnozy i interwencji, których funkcje są wielorakie, wymaga szczególnych kompetencji diagnostycznych, które spaja jednak podstawowa zasada, jaką jest pogodzenie funkcji ochrony i zabezpieczenia interesów badanego, czyli jego dobro (głównie etyka aksjologiczna) z funkcją, jaką stanowi zapewnienie efektywności podejmowanych działań: trafności diagnozy i skuteczności oddziaływań modyfikacyjnych na niej opartych (głównie etyka normatywna), co jest ważniejsze z perspektywy metodologicznej.

Proces diagnozy wymaga także posiadania określonych cech osobowych, co wyznacza wyjątkowa postawa wobec innych ludzi związana z brakiem egocentryzmu i zdolnością do koncentrowania się na dobru drugiego człowieka, niezależnie od tego, jakie ten posiada cechy, jakie prezentuje zachowania i jak reaguje na to, co dzieje się w kontakcie z diagnostą.

Diagnosta musi mieć także świadomość możliwej manipulacji ze strony badanego, co wiąże się z poznawczym i emocjonalnym „przygotowaniem” na taką sytuację, a więc umiejętnością adekwatnego, nieegocentrycznego i nierepresyjnego reagowania na jego zachowania oraz zdolnością neutralizowania negatywnych postaw badanego wobec diagnozy (przymus badania). Jednocześnie osoba badana nie może mieć poczucia zagrożenia i deprecjacji własnej osoby w relacji diagnostycznej ani odczuwać lęku przed oceną decydującą o jej dalszych losach. Natomiast dobry diagnosta w procesie oceniania musi „wyłączyć” mechanizm naznaczania, kontrolować negatywne nastawienia oraz ograniczyć koncentrację na sobie, związaną z możliwym poczuciem zagrożenia własnych kompetencji, mogącego stanowić rezultat zachowań osoby badanej.

Refleksja na zakończenie

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: 673)

Pedagog i psycholog dokonują 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 przyjętych teorii. Bez tego nie jesteśmy w stanie ocenić, czy czyjeś zachowanie jest typowe dla jego wieku i uzasadnione jego sytuacją życiową, czy też wybiega poza przyjęte w tym zakresie standardy, a więc powinno budzić niepokój i wymaga kontaktu ze specjalistą (Brzezińska 2005: 665–666). Ponadto, bez odniesień do określonych teorii 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 wyznacza umiejętność ich analizy i interpretacji, co wiąże się z ich oceną dokonywaną przez porównanie z jakimś układem lub układami odniesienia (kryteriami rozwojowymi i społecznymi) i skonfrontowanie ich z posiadaną wiedzą (potoczną i naukową). Przy czym zawsze musimy mieć świadomość relatywności naszego poznania, w kontekście bowiem przyjętych założeń teoretycznych (koncepcji człowieka, jego rozwoju i zaburzeń w jego rozwoju) możemy uzyskać różny obraz funkcjonowania danej jednostki (autorzy/twórcy każdej koncepcji kładą nacisk na inne aspekty i sfery funkcjonowania człowieka).

Relatywność efektów naszego poznania wynika także z faktu, iż nie mamy ścisłych kryteriów oceny funkcjonowania jednostki (punktów odniesienia), nie ma bowiem jednego — powszechnie przyjętego wzoru prawidłowego rozwoju człowieka i dynamiki tego rozwoju. Droga rozwoju

zależna jest bowiem od interakcji wielu czynników, które mogą powodować różne efekty rozwojowe i wychowawcze (Brzezińska 2005: 666).

Podstawowe pytania, jakie stawiamy sobie w procesie diagnozy, odnoszącej się do 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, sprowadzić można do pytań o to:

- 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 trafność dokonanego rozpoznania, które szeroko omawiam w innych opracowaniach (Wysocka 2007, 2013 a, b), a które możemy sprowadzić do czynników podmiotowych (diagnosta, osoba badana) oraz kontekstowych (czynniki sytuacyjne, społeczno-kulturowe i środowiskowe), w których przejawiają się osobiste doświadczenia, wiedza potoczna, wiedza naukowa oraz potrzeby praktyki społecznej (Brzezińska 2005: 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: 680), wprowadza w ich istotę Antoni Kępiński (1989), ich rozwinięcie zaś można znaleźć w proponowanych uprzednio moich publikacjach (Wysocka 2007, 2013 a, b). Wśród najważniejszych zasad porządkujących metodologicznie proces diagnostyczny i wyznaczających jakość jego rezultatów możemy wyróżnić następujące zasady:

- 1) korzystania z różnych źródeł informacji, zależnie od kategorii wiekowej wyznaczającej funkcjonowanie w różnych rolach i grupach społecznych oraz specyficzne dla danego etapu rozwoju kryzysy i zadania rozwojowe;
- 2) stosowania różnych narzędzi diagnostycznych w celu pogłębiania, uzupełniania i weryfikowania danych zebranych w toku badania;

3) prowadzenia obserwacji w różnych sytuacjach: codziennych i nietypowych, łatwych i trudnych;

4) powtarzania obserwacji i badań w celu weryfikacji trafności zebranych informacji;

5) konfrontowania informacji pochodzących z różnych źródeł, by ocenić ich trafność, a także uwzględnić różne perspektywy widzenia problemu;

6) 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 pomiędzy poszczególnymi jego etapami (kryzysy rozwojowe normatywne) oraz trudności rozwojowe ewokowane sytuacyjnie, wynikające z warunków własnego życia (kryzysy nienormatywne).

Przede wszystkim jednak ważne jest to, jakie nastawienie wobec doświadczanych trudności rozwojowych przyjmuje dana jednostka, w jaki sposób postrzega siebie, otaczający ją świat, swoje życie oraz swoje miejsce w świecie. Relatywność owego nastawienia — wyznaczanego bezpośrednio (wprost) przez posiadane zasoby i deficyty własne i środowiskowe — częściowo wyjaśniają w przypadku niekorzystnych warunków życiowych właśnie koncepcje poznawcze i interakcyjne, które w specyficzny sposób opisują ludzki rozwój i jego determinanty. Do koncepcji tych odwołuje się proponowana Czytelnikowi publikacja, nie przekreślając znaczenia innych teorii opisujących i wyjaśniających zjawisko nieprzystosowania społecznego, ale próbując argumentować znaczenie takiej wizji człowieka i jego rozwoju, która z przyjętej perspektywy wydaje się teoretycznie i praktycznie uzasadniona.

Bibliografia

- Achenbach Thomas M. (1982): *Developmental psychopathology*. New York, NJ: Wiley.
- Achenbach Thomas M. (1985): *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Achenbach Thomas M. (1990a): *Young adult behavior checklist*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach Thomas M. (1990b): *Young adult self-report*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach Thomas M. (1991a): *Integrative guide for the 1991-CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach Thomas M. (1991b): *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach Thomas M. (1991c): *Manual for the teacher's form and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach Thomas M. (1991d): *Manual for the youth self-report and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach Thomas M. (1993): *Empirically Based Taxonomy: How to Use Syndromes and Profile Types Derived from the CBCL/4-18 and YSR*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach Thomas M., Edelbrock Craig S. (1978): The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), s. 1275–1301.
- Adorno Theodor Wisengrund (2010): *Osobowość autorytarna*. Tłum. Marcin Pańkó w. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- AERA/APA/NCME; American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Edu-

- ation (1999): *Standards for educational and psychological testing*. 5th edition. Washington, DC: Author.
- Agnew Robert (1994): The technique of neutralization and violence. *Criminology*, 32(4), s. 555—580.
- Ajzen Icek (1991): The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, s. 179—211.
- Ajzen Icek, Fishbein Martin (1980): *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Aksman Joanna, Wysocka Ewa (2011): *Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata (KNIIS)*. Podręcznik testu — wersja dla uczniów szkoły podstawowej klas VI—VI. Kraków: MEN.
- Alford Brad A., Beck Aaron T. (2005): *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapie*. Tłum. Małgorzata Łamacz. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Allport Gordon Willard (1988): *Osobowość i religia*. Tłum. Hanna Bartoszewicz, Anna Bartkiewicz, Irena Wyrzykowska. Warszawa: Instytut Wydawniczy „Pax”.
- Andrews Donald Arthur, Bonta James (2003): *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, Ohio: Anderson Publishing Blackburn.
- Antonovsky Aaron (1979): *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky Aaron (1987): *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky Aaron (1997): Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: Heszen-Niejodek Irena, Sęk Helena (red.): *Psychologia zdrowia*. Tłum. Dorota Gawlikowska, Jan Łuczyński, Marian Olejnik. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 206—231.
- Antonovsky Aaron (2005): *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Argyle Michael (2004): *Psychologia szczęścia*. Tłum. Natasza Oparska. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Aronson Elliot (1997): *Człowiek — istota społeczna*. Tłum. Józef Radzicki. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Atkinson John W. (1957): Motivational determinants of risk-taking behavior. *Psychological Review*, 64(6), s. 359—372.

- Atkinson John W. (1981): Thematic apperceptive measurement of motivation in 1950 and 1980. In: d'Ydewalle Gery, Lens Willy (eds.): *Cognition in human motivation and learning*. Leuven University Press, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, s. 159–198.
- Baacke Dieter (1999): *Jugend und Jugendkulturen*. Weinheim—München: Juventa-Verlag.
- Baacke Dieter (2003): *Die 13- bis 18-jährigen. Einführung in die Probleme des Jugendalters*. Weinheim—Basel: Beltz-Taschenbuch-Verlag.
- Bandura Albert (1986): *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs—New York: Prentice-Hall.
- Bandura Albert (1991): Social-cognitive theory of moral thought and action. In: Kurtines William M., Gewirtz Jacob L. (eds.): *Handbook of moral behavior and development*. Vol. 1. Hillsdale, NJ: Erlbaum, s. 45–103.
- Bandura Albert (2007): *Teoria społecznego uczenia się*. Tłum. Joanna Kowalczevska, Józef Radzicki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bandura Albert (1997): *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.W. Freeman.
- Bargh John A. (1999): Automatyzmy dnia powszedniego. Tłum. Krzysztof Przybyszewski, Dorota Kutkowska. *Czasopismo Psychologiczne*, 5(3), s. 209–256.
- Baron-Cohen Simon (2014): *Teoria zła. O empatii i genezie okrucieństwa*. Tłum. Agnieszka Nowak. Sopot: Smak Słowa.
- Barriga Alvaro Q., Gibbs John C., Potter Granville Bud, Liao Albert K. (2005): *Kwestionariusz „Jak myślę” (HIT)*. Podręcznik. Tłum. Helena Grzegółowska-Klarkowska. Warszawa: Instytut Amity.
- Bauman Zygmunt (2009): *Konsumowanie życia*. Tłum. Monika Wyrwas-Wiśniewska. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bear George G., Richards Herbert C. (1981): Moral reasoning and conduct problems in the classroom. *Journal of Educational Psychology*, 73(5), s. 644–670.
- Beck Aaron T. (1976): *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck Aaron T. (2002): Prisoners of hate. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), s. 209–216.
- Beck Aaron T., Freeman Arthur, Davis Denise D. (2005): *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*. Tłum. Małgorzata Cierpisz. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Beck Ulrich (2012): *Spółeczeństwo światowego ryzyka: w poszukiwaniu utraconego bezpieczeństwa*. Tłum. Bogdan Baran. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Biel Krzysztof (2010): Zła resocjalizacja czy resocjalizacja zła. W: Biel Krzysztof, Sztuca Mariusz (red.): *Resocjalizacja wobec tajemnicy zła*. Kraków: Wydawnictwo WAM, „Ignatianum”, s. 133–160.
- Bilikiewicz Tadeusz (1973): *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Block Jack, Kremen Adam M. (1996): IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), February, s. 349–361.
- Błachut Janina, Gaberle Andrzej, Krajewski Krzysztof (1999): *Kryminologia*. Gdańsk: Wydawnictwo „Info-Trade”, „Arche”.
- Borucka Anna (2011): Koncepcja *resilience*. Podstawowe założenia i nurty badań. W: Junik Wioletta (red.): *Resilience. Teoria – badania – praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, s. 11–28.
- Borucka Anna, Ostaszewski Krzysztof (2008): Koncepcja *resilience*. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 12(2), s. 587–597.
- Borys Bogusław (2010): Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 4(1), s. 44–52.
- Brammer Lawrence M. (1984): *Kontakty służące pomaganiu: procesy i umiejętności*. Tłum. Jerzy Mieścicki, Maria Żardecka. Warszawa: Studium Pomocy Psychologicznej PTP.
- Brickmann Philip, Kidder Louise, Coates Dan, Rabinowitz Vita C., Cohn Elden, Karuza Jurgis (1983): The dilemmas of helping. Making aid fair and effective. In: Fisher Jeffrey D., Nadler Arie, DePaulo Bella M. (eds.): *New Directions in Helping. Recipients Reactions to Aid*. Vol. 1. New York: Academic Press, s. 18–49.
- Brickmann Philip, Rabinowitz Vita C., Karuza Jurgis, Coates Dan, Cohn Elden, Kidder Louise (1983): Modele pomagania i radzenia sobie. Tłum. Krzysztof Najder. *Nowiny Psychologiczne*, 12(5), s. 1–27.
- Brzezińska Anna I. (2005): Jak trafnie rozpoznawać problemy rozwojowe? W: Brzezińska Anna I. (red.): *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 665–681.
- Brzeziński Jerzy (2000): Problemy etyczne badań naukowych i diagnostycznych. W: Strelau Jan (red.): *Psychologia. Podręcznik akademicki. Pod-*

- stawy psychologii*. T. 1. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 523–537.
- Brzeziński Jerzy (2012): Psychologiczna diagnoza zdrowia i zaburzeń z perspektywy metodologii badań psychologicznych. W: Sęk Helena (red.): *Psychologia kliniczna*. T. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 153–180.
- Carr Alan (2009): *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*. Tłum. Zbigniew A. Królicki. Poznań: Zysk i S-ka.
- Carson Robert C., Butcher James N., Mineka Susan (2003): *Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie*. T. 1–2. Tłum. Władysław Dietrich et al. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Chandler Michael J. (1973): Egocentrism and antisocial behavior: The assessment and training of social perspective-taking skills. *Developmental Psychology*, 9(3), s. 326–332.
- Charzyńska Edyta, Wysocka Ewa (2015a): *Kwestionariusz Osobowości i Myślenia Twórczego (KOMT). Podręcznik testu — książka użytkownika (wersje dla uczniów gimnazjum i liceum)*. Katowice: Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym.
- Charzyńska Edyta, Wysocka Ewa (2015b): *Skala Zdolności Specjalnych. Podręcznik testu — książka użytkownika (wersje dla uczniów gimnazjum i liceum)*. Katowice: Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym.
- Christiansen Elizabeth J., Evans William P. (2005): Adolescent Victimization. Testing Models of Resiliency by Gender. *Journal of Early Adolescence*, 25(3), August, 298–316.
- Cierpiąłkowska Lidia, Sęk Helena (2012): Psychologia kliniczna i psychopatologia — wzajemne zależności. W: Sęk Helena (red.): *Psychologia kliniczna*. T. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 65–81.
- Cronbach Lee J. (1951): Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), s. 297–334.
- Cronbach Lee J., Meehl Paul E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52(4), s. 281–302.
- Cronbach Lee J., Meehl Paul E. (2005): Trafność teoretyczna testów psychologicznych. W: Brzeziński Jerzy (red.): *Trafność i rzetelność testów psychologicznych. Wybór tekstów*. Tłum. Elżbieta Hornowska, Marzena Zakrzewska. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 403–430.

- Cullen Francis T., Smith Paula, Lowenkamp Christopher T., Lattessa Edward J. (2009): Nothing works revisited: Deconstructing Farabee's "Rethinking Rehabilitation". *Victims and Offenders*, 4(2), s. 101–123.
- Czapiński Janusz (2004a): Spotkanie dwóch tradycji: hedonizmu i eudajmonizmu. W: Czapiński Janusz (red.): *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 13–17.
- Czapiński Janusz (2004b): Wstęp. W: Czapiński Janusz (red.): *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 7–10.
- Czapów Czesław (1980): *Wychowanie resocjalizujące — elementy metodyki i diagnostyki*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Davis Mark H. (1980): A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, s. 85.
- Davis Mark H. (1983): Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), s. 113–126.
- Davis Mark H. (1999): *Empatia. O umiejętności współodczuwania*. Tłum. Jolanta Kubiak. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Dąbrowski Kazimierz (1975): *Osobowość i jej kształtowanie poprzez dezintegrację pozytywną*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
- Dąbrowski Kazimierz (1979): *Dezintegracja pozytywna*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Dąbrowski Kazimierz (1986): *Trud istnienia*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Deci Edward L., Ryan Richard M., (2000a): Self-Determination Theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55(1), s. 68–78.
- Deci Edward L., Ryan Richard M., (2000b): The "what" and "why" of goal pursuits human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Deręgowski Jan B. (1999): Spotkanie z rzeczywistością wirtualną. W: Kozielecki Józef (red.): *Humanistyka przełomu wieków*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, s. 401–417.
- Dezen Kristin B.S. (2007): *Promoting resilience among maltreated youth: Policy and procedural implications*. Washington: Georgetown Public Policy Institute (A Thesis submitted to the Faculty of the Graduate School of Arts and

- Sciences of Georgetown University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Public Policy in the Georgetown Public Policy Institute; April 16, 2007).
- Dodge Kenneth A. (1980): Social cognition and children's aggressive behavior. *Child Development*, 51(1), s. 162–170.
- Dodge Kenneth A., Price Joseph M., Bachowski Jo-Anne, Newman Joseph P. (1990): Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* 99(4), s. 385–392.
- Doliński Dariusz (1993): *Orientacja defensywna*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Drat-Ruszczak Krystyna (2012): Psychologia schizofrenii. W: Sęk Helena (red.): *Psychologia kliniczna*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 75–99.
- DuBois Brenda L., Miley Karla K. (1996): *Praca socjalna: zawód, który dodaje siłę*. T. 1. Tłum. Krzysztof Czekał. Warszawa: „Interart”.
- Dweck Carol S. (2000): *Self-theories: Their role in motivation, personality, and development* (Essays in social psychology). Philadelphia: Taylor and Francis Group.
- Eco Umberto (2005): *Tajemniczy płomień królowej Loany*. Tłum. Krzysztof Żaboklicki. Warszawa: Noir sur Blanc.
- Eisenberg Nancy (1982): The development of reasoning regarding prosocial behavior. In: Eisenberg Nancy (ed.): *The development of prosocial behavior*. New York: Academic Press, s. 219–249.
- Eliasz Hanna (1980): O sposobach rozumienia pojęcia „empatia”. *Przegląd Psychologiczny*, 23(3), s. 469–483.
- Ellis Albert (1962): *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis Albert (1991): The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), s. 139–172.
- Ellis Albert (1999): *Terapia krótkoterminowa: lepiej, głębiej, trwalej*. Tłum. Anna Maria Mydlarska. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Epstein Seymour (1985): The implications of cognitive-experimental self-theory for research in social psychology and personality. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 15(3), October, s. 283–310.
- Epstein Seymour (1990a): Cognitive-experiential self-theory. In: Perlin Lawrence A., (ed.): *Handbook of personality and research: Theory and research*. New York: Guilford Publications, Inc., s. 165–192.

- Epstein Seymour (1990b): Wartości z perspektywy poznawczo-przeżyciowej teorii „ja”. W: Reykowski Janusz, Eisenberg Nancy, Staub Ervin (red.): *Indywidualne i społeczne wyznaczniki wartościowania*. Wrocław: Ossolineum, s. 11–32.
- Epstein Seymour (1991a): Cognitive-experiential self-theory. Implications for developmental psychology. In: Gunnar Megan R., Sroufe Alan L. (eds.): *Self-processes and development*. T. 23. Minnesota Symposia on Child Psychology Series. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates, s. 79–123.
- Epstein Seymour (1991b): Cognitive-experiential self-theory. An integrative theory of personality. In: Curtis Rebecca Coleman (ed.): *The relational self: Theoretical convergences in psychoanalysis and social psychology*. New York: Guilford Press, s. 111–137.
- Epstein Seymour (1994): Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49(8), s. 709–724.
- Epstein Seymour (1998): Constructive thinking: the key to emotional intelligence. Westport: CT: Praeger Publishers.
- Epstein Seymour (2003): Cognitive-experiential self-theory of personality. In: Millon Theodore, Lerner Melvin J. (eds.): *Handbook of psychology: Personality and social psychology*. Vol. 5. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons Inc., s. 159–184.
- Epstein Seymour (2006): Conscious and unconscious self-esteem from the perspective of cognitive-experiential self-theory. In: Kernis Michael H. (ed.): *Self-esteem: Issues and answers. A sourcebook of current perspectives*. New York and Hove: Psychology Press, Taylor and Francis Group, s. 69–76.
- Erikson Erik H. (1997): *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Tłum. Przemysław Hejmej. Poznań: Dom Wydawniczy „Rebis”.
- Erikson Erik H. (2002): *Dopełniony cykl życia*. Tłum. Aleksander Gomola. Poznań: Dom Wydawniczy „Rebis”.
- Erikson Erik H. (2004): *Tożsamość a cykl życia*. Tłum. Mateusz Żywicki. Poznań: Zys i S-ka.
- Farabee David (2005): *Rethinking rehabilitation: why can't we reform our criminals?* Washington, DC: AEI Press.
- Fergusson David M., Horwood L. John (2003): Resilience to childhood adversity: Results of a 21 year study. In: Luthar Suniya S. (ed.): *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press, s. 130–155.

- Festinger Leon (2007): *Teoria dysonansu poznawczego*. Tłum. Julitta Rydlewska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fromm Erich (2005): *Niech się stanie człowiek: Z psychologii etyki*. Tłum. Robert Saciuk. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fromm Erich (2014): *Mieć czy być?* Tłum. Jan Karłowski. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Garmezy Norman (1985): Stress-resistant children: The search for protective factors. In: Stevenson James Eric (ed.): *Recent research in developmental psychopathology. Book supplement to the Journal of Child Psychology and Psychiatry No. 4*. Oxford—New York—Toronto—Sydney—Paris—Frankfurt: Pergamon Press, s. 213—233.
- Garmezy Norman (1991a): Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20(9), September, s. 459—460, 463—466.
- Garmezy Norman (1991b): Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), s. 416—430.
- Gavaghan Mary P., Arnold Kevin D., Gibbs John C. (1983): Moral judgments in delinquents and nondelinquents: Recognition versus production measures. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 114(2), s. 267—274.
- Gibbs John C. (1991): Sociomoral developmental delay and cognitive distortion: Implications for the treatment of antisocial youth. In: Kurtines William M., Gewirtz Jacob L. (eds.): *Handbook of moral behavior and development. Application*. Vol. 3. Hillsdale, NJ: Erlbaum, s. 95—110.
- Giddens Anthony (2004): *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Tłum. Alina Szulżycka. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Goffman Erving (2005): *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Tłum. Aleksandra Dzierżyńska, Joanna Tokarska-Bakir. Gdańsk: GWP.
- Gołek Bartłomiej, Wysocka Ewa (2011): *Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata (KNIIS). Podręcznik testu — wersja dla uczniów szkoły gimnazjalnej*. Kraków: Ministerstwo Edukacji Narodowej.
- Gregg Virginia, Gibbs John C., Basinger Karen S. (1994): Patterns of developmental delay in moral judgment by male and female delinquents. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40(4), October, s. 538—553.

- Greenwald Anthony G. (1980): The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist*, 35(7), s. 603—618.
- Griese Hartmut M. (1996): *Socjologiczne teorie młodości. Wprowadzenie*. Tłum. Jacek Dąbrowski. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Grzegółowska-Klarkowska Helena (1986): *Mechanizmy obronne osobowości*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Guerra Nancy G., Slaby Ronald G. (1990): Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders. Part 2. Intervention. *Developmental Psychology*, 26(2), s. 269—277.
- Hammar skjöld Dag (1981): *Drogowskazy*. Tłum. Jan Zieja. Kraków: Wydawnictwo „Znak”.
- Harris M. Kay (2005): In search for common ground: the importance of theoretical orientations in criminology and criminal justice. *Criminology and Public Policy*, 4(2), May, s. 311—328.
- Heszen Irena, Sęk Helena (2007): *Psychologia zdrowia*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hoffman Martin L. (1990a): Empathy and justice motivation. *Motivation and Emotion*, 14(2), s. 151—172.
- Hoffman Martin L. (1990b): The contribution of empathy to justice and moral judgement. In: Eisenberg Nancy, Strayer Janet (eds.), *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press, s. 47—80.
- Hoffman Martin L. (2003): *Empathy and moral development. Implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press.
- Jarymowicz Maria (2009): Czy jesteśmy egoistami? W: Kofta Mirosław, Szustrowa Teresa (red.): *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice ze społecznej psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 91—116.
- Jaworska Anetta (2008): Metody oddziaływań w polskim modelu penitencjarnym. W: Jaworska Anetta (red.): *Kryminologia i kara kryminalna. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 91—152.
- Jaworska Anetta (2010): Metodyka pracy ze skazanymi. *Probacja*, 3—4, s. 78—91.
- Jennings William S., Kilkenney Robert, Kohlberg Lawrence (1983): Moral development theory and practice for youthful and adult offenders. In: Laufer William S., Day James M. (eds.): *Personality theory, moral development and criminal behavior*. Lexington, MA: Lexington Books, s. 281—355.

- J u c z y ń s k i Zygryd (2009): *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- J u n i k Wioletta (2011): Zjawisko rezylencji – wybrane problemy metodologiczne. W: J u n i k Wioletta (red.): *Resilience. Teoria – badania – praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, s. 47–65.
- K a c z y ń s k a Wanda (2004): Antropologiczne, aksjologiczne i etyczne przesłanki diagnozowania i rozwiązywania problemów społecznych. W: N i e w ę g ł o w s k i Jan (red.): *W trosce o młodzież: edukacja, praca, obywatelstwo*. Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie, s. 341–352.
- K a n f e r Frederick H., G o l d s t e i n Arnold P. (1985): Psychologiczne metody pomagania innym. Tłum. Bogdan Ł a p i ń s k i. *Nowiny Psychologiczne*, 28–29(1–2), s. 2–18.
- K a u f m a n n Jean-Claude (2004): *Ego: Socjologia jednostki. Inna wizja człowieka i konstrukcji podmiotu*. Tłum. Krzysztof W a k a r. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- K a ż m i e r c z a k Maria, P l o p a Mieczysław, R e t o w s k i Sylwiusz (2007): Skala Wrażliwości Empatycznej. *Przegląd Psychologiczny*, 50(1), s. 9–24.
- K e l l y George A. (1955): *The psychology of personal constructs*. New York: Norton and Co.
- K e l l y George A. (1963): *A theory of personality*. New York: W.W. Norton and Co.
- K ę p i ń s k i Antoni (1989): *Poznanie chorego*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- K o f t a Mirosław, D o l i ń s k i Dariusz (2000): Poznawcze podejście do osobowości. W: S t r e l a u Jan (red.): *Psychologia. Podręcznik akademicki. Psychologia ogólna*. T. 2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 561–600.
- K o f t a Mirosław, W e a r y Giff, S ę d e k Grzegorz (red.) (1998): *Personal control in action: Cognitive and motivational mechanisms*. New York: Plenum Publishers.
- K o h l b e r g Lawrence (1984): *Essays on moral development: The psychology of moral development*. San Francisco: Harper and Row.
- K o n o p c z y ń s k i Marek (1996): *Twórcza resocjalizacja: wybrane metody pomocy dzieciom i młodzieży*. Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej, Editions Spotkania.
- K o n o p c z y ń s k i Marek (2006): *Metody twórczej resocjalizacji: teoria i praktyka wychowawcza*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Pedagogium.

- Konopczyński Marek (2013): *Kryzys resocjalizacji, czy(li) sukces działań pozornych: refleksje wokół polskiej rzeczywistości resocjalizacyjnej*. Warszawa: Pedagogium, Wyższa Szkoła Nauk Społecznych.
- Kozielecki Józef (1987): *Koncepcja transgresyjna człowieka: analiza psychologiczna*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kozielecki Józef (1988): *O człowieku wielowymiarowym: eseje psychologiczne*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kozielecki Józef (1997): *Transgresja i kultura*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Kozielecki Józef (2007): Transgresjonizm. W: Pilch Tadeusz (red.): *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 6. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, s. 780–784.
- Kulesza Marta (2009): Rodzinne zasoby. Nowe możliwości w diagnozie i terapii rodziny. *Pedagogika Społeczna*, 33–34(3–4), s. 25–38.
- Lachowicz-Tabaczek Kinga (2004): *Potoczne koncepcje świata i natury ludzkiej: Ich wpływ na poznanie i zachowanie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lazarus Richard (1966): *Psychological stress and the coping process*. New York: Springer.
- Lazarus Richard, Folkman Susan (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leahy Robert L. (2008): *Techniki terapii poznawczej. Podręcznik praktyka*. Tłum. Małgorzata Cierpisz. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Lerner Melvin J. (1975): The justice motive in social behavior. *Journal of Social Issues*, 31, s. 1–19.
- Lerner Melvin J. (1977): The justice motive. Some hypotheses as to its origins and forms. *Journal of Personality*, 45(1), s. 1–51.
- Lerner Melvin J. (1980): *The belief in a just world: a fundamental delusion*. New York: Plenum Press.
- Lerner Melvin J. (2003): The justice motive: Where social psychologist found it, how they lost it, and why they may not find it again. *Personality and Social Psychology Review*, 7(4), s. 388–399.
- Lerner Melvin J., Miller Dale T. (1978): Just world research and the attribution process: Looking back and ahead. *Psychological Bulletin*, 85(5), s. 1030–1051.
- Letzring Tera D., Block Jack, Funder David C. (2005): Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on persona-

- lity descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39(4), August, s. 395–422.
- Levi Lennart (1974): Psychosocial stress and disease: a conceptual model. In: Gunderson Ellsworth K. Eric, Rahe Richard H. (eds.): *Life stress and illness*. Springfield JU: C. Thomas, s. 231–287.
- Lickona Thomas (1983): *Raising good children*. Toronto: Bantam Books.
- Lochman John E., Dodge Kenneth A. (1994): Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), April, s. 366–374.
- Luthar Suniya S. (2006): Resilience in development. In: Cicchetti Dante, Cohen Donald J. (eds.): *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*. Vol. 3. 2nd edition. New York: Wiley, s. 740–795.
- Luthar Suniya S., Cicchetti Dante (2000): The construct of resilience: Implication for intervention and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), s. 857–885.
- Luthar Suniya S., Cicchetti Dante, Becker Bronwyn (2000a): Research on resilience: Reply to commentaries. *Child Development*, 71(3), s. 573–575.
- Luthar Suniya S., Cicchetti Dante, Becker Bronwyn (2000b): The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), s. 543–562.
- Luthar Suniya S., Sawyer Jeanette A., Brown Pamela J. (2006): Conceptual issues in studies of resilience. Past, present, and future research. *Annals of the New York Academy of Sciences*. Vol. 1094: Resilience in Children, December, s. 105–115.
- Luthar Suniya S., Zelazo Laurel Bidwell (2003): Research on resilience: An integrative review. In: Luthar Suniya S. (ed.): *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press, s. 510–550.
- Łaguna Mariola (2010): *Przekonania na własny temat i aktywność celowa: Badania nad przedsiębiorczością*. Gdańsk—Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Markus Hazel Rose, Cross Susan E. (1990): The interpersonal self. In: Pervin Lawrence A. (ed.): *Handbook of personality theory and research*. New York: Guilford Press, s. 576–608.
- Marynowicz-Hetka Ewa (2006): *Pedagogika społeczna*. T. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Maslow Abraham H. (1969): Theory of metamotivation: The biological rooting of the value life. In: Sutch Anthony J., Vich Miles A. (eds.): *Readings in humanistic psychology*. New York: Free Press, s. 153—199.
- Maslow Abraham H. (1971): Psychological data and value theory. In: Idem (ed.): *New knowledge in human values*. 2nd edition. Chicago: Gatteway, s. 119—136.
- Maslow Abraham H. (1990): *Motywacja i osobowość*. Tłum. Paula Sawicka. Warszawa: Instytut Wydawniczy „Pax”.
- Masten Ann S. (2001): Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 3(56), March, s. 227—238.
- Masten Ann S. (2007): Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), s. 921—930.
- Masten Ann S. (2011): Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23(2), s. 141—154.
- Masten Ann S., Powell Jenifer L. (2003): A resilience framework for research, policy and practice. In: Luthar Suniya S. (red.): *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press, s. 1—25.
- Mazur Joanna (2007): Czynniki chroniące młodzież przed niekorzystnym wpływem środowiska. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, XLVII, 461(6) s. 33—38.
- Mazur Joanna, Tabak Izabela (2008): Koncepcja *resilience*. Od teorii do badań empirycznych. W: Mazur Joanna, Tabak Izabela, Małkowska-Szkutnik Agnieszka, Ostaszewski Krzysztof, Kołoto Hanna, Dzielska Anna, Kowalewska Anna: *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych*. Raport z badań HBCS 2006. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, s. 599—605.
- Mazurkiewicz Edward (1993): Diagnostyka w pedagogice społecznej. W: Pilch Tadeusz, Lepalczyk Irena (red.): *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 49—68.
- Mądrzycki Tadeusz (1996): *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*. *Nowe podejście*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Merton Robert K. (1957): *Social theory and social structure*. Glencoe: Free Press.

- Merton Robert K. (1982): *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*. Tłum. Ewa Morawska, Jerzy Wertenstein-Żuławski. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe (wydanie polskie).
- Michel Małgorzata (2014): *Wzmacnianie czynników chroniących w innowacyjnych oddziaływaniach resocjalizacyjnych w kontekście koncepcji resilience*. W: Ambrozik Wiesław, Dąbrowska Anna (red.): *Innowacje resocjalizacyjne*. Warszawa: Pedagogium, WSNS, s. 97–112.
- Milgram Stanley (2008): *Posłuszeństwo wobec autorytetu*. Tłum. Małgorzata Hołda. Kraków: Wydawnictwo WAM, „Ignatianum”.
- Mischel Walter (2004): Toward an integrative science of the person. *Annual Review of Psychology*, 55, s. 1–22.
- Misiak Władysław (2003): Autorytaryzm. W: Pilch Tadeusz (red.): *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 1. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, s. 246–248.
- Mudrecka Irena (2015): Zniekształcenia poznawcze i ich restrukturyzacja w procesie resocjalizacji młodzieży nieprzystosowanej społecznie. *Resocjalizacja Polska*, 9, s. 13–26.
- Myers David G. (2000): *The American paradox: spiritual hunger in an age of plenty*. New Haven and London: Yale University Press.
- Myers David G. (2003): *Psychologia*. Tłum. Joanna Gilewicz. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Nęcka Edward (2000): *Pobudzenie intelektu — zarys formalnej teorii*. Kraków: Universitas.
- Niedźwieńska Agnieszka (2000): Pamięć autobiograficzna. W: Gałdowa Anna (red.): *Tożsamość człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 111–126.
- Obuchowska Irena (1983): *Dynamika nerwic. Psychologiczne problemy zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Obuchowska Irena (1997): Diagnoza psychologiczna w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. *Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego* 2(7), s. 5–15.
- Oleś Piotr K. (2009): *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Oleś Piotr K., Draj-Ruszczyk Krystyna (2008): Osobowość. W: Stręla Jan, Doliński Dariusz (red.): *Psychologia akademicka. Podręcznik*. T. 1. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 651–764.

- Opora Robert (2009): *Ewolucja niedostosowania społecznego jako rezultat zmian w zakresie odporności psychicznej i zniekształceń poznawczych*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Opora Robert (2011): *Nieletni niedostosowani społecznie, lecz odporni psychicznie*. W: Junik Wioletta (red.): *Resilience. Teoria — badania — praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, s. 29—43.
- Ostafińska-Molik Barbara (2014): *Postrzeganie siebie i własnego zachowania w kontekście zaburzeń adaptacyjnych młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ostaszewski Krzysztof (2008): Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży. W: Mazur Joanna, Tabak Izabela, Małkowska-Szkućnik Agnieszka, Ostaszewski Krzysztof, Kołotoł Hanna, Dzielska Anna, Kowalewska Anna: *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych*. Raport z badań HBCS 2006. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, s. 19—45.
- Ostaszewski Krzysztof, Zimmerman Marc 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*, 38(3—4), s. 237—249.
- Ostrowska Krystyna (1998): *Wokół rozwoju osobowości i systemu wartości*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Ostrowska Krystyna (2002): *Kwestionariusz A—R. Podręcznik*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Ostrowska Krystyna (2008): *Psychologia resocjalizacyjna. W kierunku nowej specjalności psychologii*. Warszawa: Fraszka Edukacyjna.
- Ostrowska Krystyna (2010): Warunki pozytywnej resocjalizacji. W: Biel Krzysztof, Sztuca Mariusz (red.): *Resocjalizacja wobec tajemnicy zła*. Kraków: Wydawnictwo WAM, „Ignatianum”, s. 115—131.
- Otrębska-Popiołek Katarzyna (1991): *Człowiek w sytuacji pomocy. Psychologiczna problematyka przyjmowania i udzielania pomocy*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Paluchowski Władysław J., Hornowska Elżbieta (2000): Problemy teoretyczne diagnozy psychologicznej. W: Strelau Jan (red.): *Psychologia. Podręcznik akademicki. Podstawy psychologii*. T. 1. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 509—522.

- Pervin Lawrence A. (red.) (1989): *Goal concepts in personality and social psychology*. Hillsdale: Erlbaum.
- Pervin Lawrence A., John Oliver P. (2002): *Osobowość: teoria i badania*. Tłum. Jacek Neckar i in. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pervin Lawrence A. (2002): *Psychologia osobowości*. Tłum. Marek Orski. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Popiołek Katarzyna (1995): Modele pomagania i ich konsekwencje pedagogiczne. *Chowanna*, T. 1(4), s. 57–63.
- Redl Fritz, Wineman David (1951): *Children who hate: the disorganization and breakdown of behavior controls*. New York, NY: Free Press.
- Redl Fritz, Wineman David (1957): *The aggressive child*. New York: Free Press.
- Ricoeur Paul (1992): *Filozofia osoby*. Tłum. Małgorzata Frankiewicz. Kraków: Wydawnictwo Papieskiej Akademii Teologicznej.
- Ricoeur Paul (2003): *O sobie samym jako innym*. Tłum. Bogdan Chęstowski. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rokeach Milton (1954): The nature and meaning of dogmatism. *Psychological Review*, 61(3), s. 194–204.
- Rotter Julian B. (1954): *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Russell Bertrand (2000): *O współczesnej niepewności*. W: Russell Bertrand: *Śmiertelnicy i inni: eseje amerykańskie 1931–1935*. Tłum. Dorota Gostyńska. Warszawa: Książka i Wiedza, s. 110–111.
- Rutter Michael (1987): Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Orthopsychiatry*, 57(3), s. 316–331.
- Rutter Michael (1999): Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), s. 119–144.
- Rutter Michael (2000): Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings and policy implications. In: Shonkoff Jack P., Meisels Samuel J. (eds.): *Handbook of early childhood intervention*. 2nd edition. New York: Cambridge University Press, s. 651–682.
- Rutter Michael (2003): Genetic influences on risk and protection: implications for understanding resilience. In: Luthar Suniya S. (ed.): *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press, s. 489–509.

- Ryan Richard M., Deci Edward L. (2000): The darker and brighter sides of human existence: Basic psychological needs as an unifying concept. *Psychological Inquiry*, 11(4), s. 319–338.
- Ryan Richard M., Deci Edward L. (2001): On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology* 52, s. 141–166.
- Samenow Stanton E. (1984): *Inside the criminal mind*. New York: Random House.
- Samenow Stanton E. (2001): *Zanim będzie za późno: poradnik dla rodziców i wychowawców dzieci trudnych*. Tłum. Małgorzata Ojrzyska. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Schulz Roman (2004): Pedagogika jako nauka o człowieku: próba dookreślenia idei. W: Lewowicki Tadeusz (red.): *Pedagogika we współczesnym dyskursie humanistycznym*. Warszawa–Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 113–124.
- Schütz Alfred (1967): *The phenomenology of the social world*. Evanston: Northwestern University Press.
- Schütz Alfred (2005): Świat społeczny i teoria działania społecznego. W: Sztołpka Piotr, Kucia Marek (red.): *Socjologia. Lektury*. Tłum. Piotr Sztołpka. Kraków: Wydawnictwo „Znak”, s. 64–70.
- Seligman Martin E.P. (1975): *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- Seligman Martin E.P. (1996): *Optymizmu można się nauczyć*. Tłum. Andrzej Jankowski. Poznań: Media Rodzina.
- Seligman Martin E.P. (2002): *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman Martin E.P. (2004): Psychologia pozytywna. W: Czapiński Janusz (red.): *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Tłum. Józef Radzicki. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 18–32.
- Seligman Martin E.P., Reivich Karen, Jaycox Lisa, Gillham Jane (1997): *Optymistyczne dziecko*. Tłum. Andrzej Jankowski. Poznań: Media Rodzina.
- Seligman Martin E.P., Walker Elaine F., Rosenhan David L. (2003): *Psychopatologia*. Tłum. Joanna Gilewicz, Aleksander Wojciechowski. Poznań: Zyski S-ka.
- Sęk Helena (2007): *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Sę k Helena (2012): Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej. W: Sę k Helena (red.): *Psychologia kliniczna*. T. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 39–54.
- Sie m a s z k o Andrzej (1993): *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiantycznych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Ska ł b a n i a Barbara (2011): *Diagnostyka pedagogiczna. Wybrane obszary badawcze i rozwiązania praktyczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Ska r ż y ń s k a Krystyna (2002): Zaufanie, więzi społeczne i poczucie skuteczności a życie w demokracji. Psychologiczne predyktory satysfakcji z życia i sukcesu we współczesnej Polsce. *Kolokwia Psychologiczne*, 10, s. 197–212.
- Ska r ż y ń s k a Krystyna (2003): Cele życiowe, zaufanie interpersonalne i zadowolenie z życia. *Psychologia Jakości Życia*, 2(1), s. 35–49.
- Sła b y Ronald G., Gu e r r a Nancy G. (1988): Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders. Part 1: Assessment. *Developmental Psychology*, 24(4), s. 580–588.
- So b c z a k Sławomir (2007): Cele resocjalizacji. W: U r b a n Bronisław, S t a n i k Jan Maria (red.): *Resocjalizacja. Teoria i praktyka pedagogiczna*. T. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 225–233.
- Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice — AERA/APA/NCME* (2007). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- S t a ń d o - K a w e c k a Barbara (2010): O koncepcji resocjalizacji w polskiej literaturze naukowej polemicznie. *Probacja*, 1, s. 108–124.
- S t e e l e Claude Mason (1988): The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. In: B e r k o w i t z Leonard (ed.): *Advances in experimental social psychology*. Vol. 21. New York: Academic Press, s. 261–302.
- S t o n e Michel (1989). What really happened in Central Park: The night of the jogger — and the crisis of New York. *New York Magazine*, August 14, s. 30–43.
- S u j a k Elżbieta: *Rozważania o ludzkim rozwoju*. Kraków: Znak.
- S u t h e r l a n d Edwin H., C r e s s e y Donald R., L u c k e n b i l l David F. (1992): *Principles of criminology*. 11th edition. Dix Hills, NY: General Hall.
- S y k e s Gresham M., M a t z a David (1957): Techniques of neutralization: a theory of delinquency. *American Sociological Review*, 22(6), s. 664–670.
- S z a ł a ń s k i Jan (2007): Kategorie klasyfikacyjne i zróżnicowanie osobowościowe skazanych jako wyznaczniki celów i programów resocjalizacji

- penitencjarnej. W: Urban Bronisław, Stanik Jan Maria (red.): *Resocjalizacja*. T. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 361–396.
- Szczepański Jan (1995): *Wizje naszego życia*. Warszawa: Wydawnictwa Prywatnej Wyższej Szkoły Biznesu i Administracji.
- Sztuka Mariusz (2009): Resocjalizacja i dziedzictwo instrumentalnej racjonalności. *Horyzonty Wychowania*, 8(15), s. 109–131.
- Świda Hanna (1974): *Osobowość jako system ustosunkowań wobec świata*. W: Suchodolski Bogdan, Świda Hanna (red.): *Osobowość w społeczeństwie i kulturze*. Wrocław: Ossolineum, s. 151–201.
- Taylor Ronald D., Wang Margaret C. (eds.) (2000): *Resilience across contexts: family, work, culture, and community*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Tesser Abraham (ed.) (1995): *Advanced social psychology*. Boston: McGraw-Hill.
- Toeplitz-Winięwska Małgorzata (2009): Podstawowe zasady etycznego prowadzenia diagnozy. W: Brzeziński Jerzy, Chyrowicz Barbara, Poznaniak Wojciech, Toeplitz-Winięwska Małgorzata: *Etyka zawodu psychologa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 181–196.
- Tokarczyk Ewa (1997): Diagnoza dla celów resocjalizacji — specyfika i wynikające z niej trudności. *Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego*, 2(7), s. 52–54.
- Trawkowska Dobroniega (2006): *Portret współczesnego pracownika socjalnego. Studium socjologiczne*. Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
- Treveltham Shelley D., Walker Lawrence J. (1989): Hypothetical versus real-life moral reasoning among psychopathic and delinquent youth. *Development and Psychopathology*, 1(2), s. 91–103.
- Trzebiński Jerzy, Zięba Mariusz (2003): *Kwestionariusz Nadziei Podstawowej — BHI-12*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Trzebiński Jerzy, Zięba Mariusz (2004): Basic hope as a world-view. An outline of a concept. *Polish Psychological Bulletin*, 35(3), s. 173–182.
- Tylińska Anna (2000): Teoria dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego. Trud rozwoju ku tożsamości i osobowości. W: Gąłdowa Anna (red.): *Tożsamość człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 231–258.
- Tyszkiewicz Leon (1997): *Kryminogenna w ujęciu kryminologii humanistycznej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Urban Bronisław (2000): *Zburzenia w zachowaniu i przestępczość młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Urban Bronisław (2012): *Agresja młodzieży i odrzucenie rówieśnicze*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Vorrath Harry H., Brendtro Larry K. (1985): *Positive peer culture*. Hawthorne, NY: Aldine Publishing.
- Ward Tony, Maruna Shadd (2007): *Rehabilitation: beyond the risk paradigm*. London—New York: New York University Press.
- Ward Tony, Stewart Claire (2003): Criminogenic needs and human needs: A theoretical model. *Psychology, Crime and Law*, June, 9(2), s. 125—143.
- Werner Emma E. (2000): Protective factors and individual resilience. In: Shonkoff Jack P., Meisels Samuel J. (eds.): *Handbook of early childhood intervention*. 2nd edition. New York: Cambridge University Press, s. 115—132.
- Williams Geoffrey C., Cox Elizabeth M., Hedberg Viking A., Deci Edward L. (2000): Extrinsic life goals and health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(8), s. 1756—1771.
- Wojciszke Bogdan (1986): *Teoria schematów społecznych*. Wrocław: Ossolineum.
- Wojciszke Bogdan (1991): *Procesy oceniania ludzi*. Poznań: Nakom.
- Wysocka Ewa (2004): Mechanizmy obronne. W: Pilch Tadeusz (red.): *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 3. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, s. 106—113.
- Wysocka Ewa (2007): *Człowiek a środowisko życia — wybrane aspekty teoretyczno-metodologiczne diagnozy*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Wysocka Ewa (2008): Życie człowieka. W: Pilch Tadeusz (red.): *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 7. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, s. 1022—1043.
- Wysocka Ewa (2010): *Doświadczenie życia w młodości — problemy, kryzysy i strategie ich rozwiązywania. Próba opisu strukturalno-funkcjonalnego modelu życia preferowanego przez młodzież z perspektywy pedagogiki społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wysocka Ewa (2011): *Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata (KNIIS)*. Podręcznik testu — wersja dla uczniów szkoły ponadgimnazjalnej. Kraków: MEN.

- Wysocka Ewa (2013a): *Diagnostyka pedagogiczna: nowe obszary i rozwiązania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Wysocka Ewa (2013b): *Diagnoza w resocjalizacji. Obszary problemowe i modele rozwiązań w ujęciu psychopedagogicznym*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wysocka Ewa, Gózdź Joanna (2011): *Kwestionariusz Nastawień Intrapersonalnych, Interpersonalnych i Nastawień wobec Świata (KNIIS)*. Podręcznik testu — wersja dla uczniów szkoły podstawowej klas I—III. Kraków: MEN.
- Wysocka Ewa, Ostafińska-Molik Barbara (2014): Nastawienia życiowe młodzieży niedostosowanej społecznie i prawidłowo przystosowanej — analiza porównawcza. *Przegląd Naukowo-Metodyczny, Edukacja dla Bezpieczeństwa*, 22(1), s. 233—254.
- Yochelson Samuel, Samenow Stanton E. (1976): *The criminal personality: A profile for change*. Vol. 1. New York: Jason Aronson.
- Zaborowski Zbigniew (1980). *Z pogranicza psychologii społecznej i psychologii osobowości*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Zaborowski Zbigniew (2002): *Człowiek — jego świat i życie. Próba integracji*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Zimmerman Marc A., Arunkumar Revathy (1994): Resiliency research: Implications for schools and policy. *Social Policy Report. Society for Research in Child Development*, 4(8), s. 1—18.

Wykaz schematów i tabel

- Schemat 1 Charakterystyka modelu ryzyka w resocjalizacji
- Schemat 2 Charakterystyka modelu dobrego życia
- Schemat 3 Model działań komplementarnych w resocjalizacji
- Schemat 4 Potrzeby i przekonania podstawowe wg Seymoura Epsteina
- Schemat 5 Elementy modelu funkcjonowania życia
- Schemat 6 Model funkcjonowania życia
- Schemat 7 Model ekologiczny świata życia człowieka Dietera Baackego
- Schemat 8 Komplementarny model zasobów i deficytów rozwojowych oraz mechanizmów radzenia sobie
- Schemat 9 Model opisu i wyjaśniania procesu prawidłowego i wadliwego przystosowania
- Schemat 10 Wyznaczniki metodologii diagnozy
- Schemat 11 Zależności między efektami wychowawczymi a czynnikami chroniącymi i czynnikami zagrożeń rozwoju
- Schemat 12 Konceptualizacja obszarów diagnozy niedostosowania społecznego
- Schemat 13 Sfery diagnozy niedostosowania społecznego
- Schemat 14 Klasyfikacja technik diagnostycznych i źródeł informacji wykorzystywanych w pedagogice resocjalizacyjnej
- Schemat 15 Schemat obszarów diagnozy w ujęciu poznawczym
- Schemat 16 Zasady postępowaniu diagnostyczno-interwencyjnego
- Tabela 1 Wymiary ludzkiego życia i rozwoju a niedostosowanie społeczne

Indeks nazwisk

A

Achenbach Thomas M. 109, 183
Adorno Theodor Wisengrund 104, 183
Agnew Robert 110, 184
Ajzen Icek 112, 184
Aksman Joanna 117, 184
Alford Brad A. 108, 109, 184
Allport Gordon Willard 90, 184
Ambrozik Wiesław 197
Andrews Donald Arthur 41, 184
Antonowsky Aaron 10, 23–25, 45, 144, 146, 184
Argyle Michael 11, 184
Arnold Kevin D. 120, 191
Aronson Elliot 98, 184
Arunkumar Revathy 10, 204
Atkinson John W. 111, 184, 185

B

Baacke Dieter 126, 138–140, 185
Bachorowski Jo-Anne 122, 189
Bandura Albert 82, 110, 112, 118, 133, 185
Baran Bogdan 186
Bargh John A. 113, 185
Bartkowicz Anna 184
Bartoszewicz Hanna 184
Baron-Cohen Simon 36–37, 185
Barriga Alvaro Q. 109, 110, 119, 120, 121, 144, 185

Basinger Karen S. 121, 191
Bauman Zygmunt 32, 185
Bear George G. 120, 185
Beck Aaron T. 108, 109, 110, 122–123, 148, 150, 151, 184, 185
Beck Ulrich 107, 186
Becker Bronwyn 10, 42, 195
Berkowitz Leonard 201
Biel Krzysztof 15, 37, 38, 41, 47, 49, 50, 186, 198
Bilikiewicz Tadeusz 21, 186
Block Jack 44, 186, 194
Błachut Janina 37, 70, 186
Bonta James 41, 184
Borucka Anna 10, 42, 43, 186
Borys Bogusław 186
Brammer Lawrence M. 60, 186
Brendtro Larry K. 121, 203
Brickmann Philip 60, 186
Brown Pamela J. 43, 195
Brzezińska Anna I. 179, 180, 186
Brzeziński Jerzy 152, 153, 168, 170–171, 186, 187, 202
Butcher James N. 21, 187

C

Carr Alan 11, 35, 187
Carson Robert C. 21, 187

- Chandler Michael J. 120, 187
Charzyńska Edyta 153, 187
Chełstowski Bogdan 199
Christiansen Elizabeth J. 10, 187
Chyrowicz Barbara 202
Cicchetti Dante 10, 42, 43, 195
Cierpiałkowska Lidia 148, 149, 150, 187
Cierpisz Małgorzata 185, 194
Coates Dan 60, 186
Cohen Donald J. 195
Cohn Elden 60, 186
Cox Elizabeth M. 72, 203
Cressey Donald R. 55, 201
Cronbach Lee J. 152—153, 187
Cross Susan E. 94, 102, 195
Cullen Francis T. 41, 188
Curtis Rebecca Coleman 190
Czapiński Janusz 11, 188, 200
Czapów Czesław 17, 18, 35, 50, 57, 59,
175, 188
Czekaj Krzysztof 189
- D**
Davis Denise D. 110, 150, 151, 185
Davis Mark H. 36, 188
Day James M. 192
Dąbrowska Anna 197
Dąbrowski Jacek 192
Dąbrowski Kazimierz 85—88, 90, 91,
126, 188
Deci Edward L. 71—72, 92, 126, 188,
200, 203
Deregowski Jan B. 77, 188
DePaulo Bella M. 186
Dezen Kristin B.S. 10, 188
Dietrich Władysław 187
Dodge Kenneth A. 122, 189, 195
Doliński Dariusz 89, 94, 98, 101, 111,
112, 189, 193, 197
- Drat-Ruszczak Krystyna 111, 112, 113,
115, 152, 189, 197
DuBois Brenda L. 169, 189
Durkheim Émile 31, 40—41
Dweck Carol S. 111, 189
Dzielska Anna 196, 198
Dzierżyńska Aleksandra 191
- E**
Eco Umberto 79, 189
Edelbrock Craig S. 109, 183
Eisenberg Nancy 120, 190, 192
Eliasz Hanna 36, 189
Ellis Albert 110, 148, 150, 189
Epstein Seymour 111—114, 115, 116,
133, 148, 151, 189, 190
Erikson Erik H. 70, 79, 91, 122, 190
Evans William P. 10, 187
- F**
Farabee David 41, 190
Fergusson David M. 10, 190
Festinger Leon 98, 191
Fishbein Martin 112, 184
Fisher Jeffrey D. 186
Folkman Susan 10, 23, 194
Frankiewicz Małgorzata 199
Freeman Arthur 110, 150, 151, 185
Fromm Erich 33, 92, 191
Funder David C. 194
- G**
Gaberle Andrzej 37, 70, 186
Galdowa Anna 197, 202
Garmezy Norman 42, 191
Gavaghan Mary P. 120, 191
Gawlikowska Dorota 184
Gewirtz Jacob L. 185, 191

Gibbs John C. 109, 110, 119, 120, 121,
122, 144, 185, 191

Giddens Anthony 69, 191

Gilewicz Joanna 197, 200

Gillham Jane 118, 132, 200

Goffman Erving 105, 191

Goldstein Arnold P. 60, 193

Gołek Bartłomiej 117, 191

Gomola Aleksander 190

Gostyńska Dorota 199

Gózdź Joanna 117, 204

Gregg Virginia 121, 191

Greenwald Anthony G. 97, 192

Griese Hartmut M. 141, 192

Grzeżołowska-Klarkowska Helena 97,
184, 185, 192

Guerra Nancy G. 122, 192, 201

Gunderson Ellsworth K. Eric 195

Gunnar Megan R. 190

H

Hammar skjöld Dag 192

Harris M. Kay 15, 192

Hedberg Viking A. 72, 203

Hejmej Przemysław 190

Heszen Irena 43, 192

Heszen-Niejodek Irena 184

Hoffman Martin L. 36, 192

Hołda Małgorzata 197

Hornowska Elżbieta 168, 177, 187, 198

Horwood L. John 10, 190

J

Jankowski Andrzej 200

Jarymowicz Maria 121, 192

Jaworska Anetta 39, 192

Jaycox Lisa 118, 132, 200

Jennings William S. 120, 192

John Oliver P. 89, 94, 199

Juczyński Zygfryd 112, 193

Junik Wioletta 42, 186, 193, 198

K

Kaczyńska Wanda 169, 193

Kanfer Frederick H. 60, 193

Karłowski Jan 191

Karuza Jurgis 60, 186

Kaufmann Jean-Claude 10, 193

Kaźmierczak Maria 36, 193

Kelly George A. 89, 151, 193

Kernis Michael H. 190

Kępiński Antoni 140, 166, 180, 193

Kidder Louise 60, 186

Kilkenny Robert 120, 192

Kofta Mirosław 89, 94, 101, 111, 192, 193

Kohlberg Lawrence 120, 121, 192, 193

Kołoła Hanna 196, 198

Konopczyński Marek 11, 15, 25, 38, 45,
70, 142–143, 193, 194

Kowalczevska Joanna 185

Kowalewska Anna 196, 198

Kozielecki Józef 11, 35, 39, 126, 132,
133, 188, 194

Krajewski Krzysztof 37, 70, 186

Kremen Adam M. 44, 186

Królicki Zbigniew A. 187

Kubiak Jolanta 188

Kucia Marek 200

Kulesza Marta 115, 194

Kurtines William M. 185, 191

Kutkowska Dorota 185

L

Lachowicz-Tabaczek Kinga 11, 194

Latessa Edward J. 41, 188

Laufer William S. 192

- Lazarus Richard 10, 23, 194
Leahy Robert L. 124, 194
Lens Willy 185
Lepalczyk Irena 196
Lerner Melvin J. 106, 112, 124, 190, 194
Letzring Tera D. 194
Levi Lennart 23, 195
Lewowicki Tadeusz 200
Liau Albert K. 109, 110, 119, 120, 121,
144, 185
Lickona Thomas 122, 195
Lochman John E. 122, 195
Lowenkamp Christopher T. 41, 188
Luckenbill David F. 55, 201
Luthar Suniya S. 10, 42, 43, 190, 195,
196, 199
- Ł**
- Łaguna Mariola 132, 195
Łamacz Małgorzata 184
Łapiński Bogdan 193
Luczyński Jan 184
- M**
- Małkowska-Szkutnik Agnieszka 196, 198
Markus Hazel Rose 94, 102, 195
Maruna Shadd 44, 47, 49, 52, 203
Marynowicz-Hetka Ewa 10, 11, 12, 140,
195
Maslow Abraham H. 90, 92, 196
Masten Ann S. 43, 196
Matza David 110, 119, 121–122, 201
Mazur Joanna 43, 196, 198
Mazurkiewicz Edward 166, 196
Mądrzycki Tadeusz 94, 196
Meehl Paul E. 152–153, 187
Meisels Samuel J. 199, 203
Merton Robert K. 40–41, 55, 103, 196,
197
- Michel Małgorzata 142, 197
Mieścicki Jerzy 186
Miley Karla K. 169, 189
Milgram Stanley 104, 197
Miller Dale T. 112, 194
Millon Theodore 190
Mineka Susan 21, 187
Mischel Walter 111, 197
Misiak Władysław 104, 197
Morawska Ewa 197
Mudrecka Irena 108, 121, 144, 197
Mydlarska Anna Maria 189
Myers David G. 33, 35, 146, 197
- N**
- Nadler Arie 186
Najder Krzysztof 186
Neckar Jacek 199
Newman Joseph P. 122, 189
Nęcka Edward 133, 197
Niedźwieńska Agnieszka 89, 197
Niewęglowski Jan 193
Nowak Agnieszka 185
- O**
- Obuchowska Irena 15, 17, 156, 197
Ojrzyńska Małgorzata 200
Olejnik Marian 184
Oleś Piotr K. 111, 112, 113, 115, 152, 197
Oparska Natasza 184
Opora Robert 42, 43, 118, 123, 198
Orski Marek 199
Ostafińska-Molik Barbara 19, 116, 151,
198, 204
Ostaszewski Krzysztof 10, 42, 43, 186,
196, 198
Ostrowska Krystyna 11, 15, 38, 66, 67,
70, 82, 85, 198
Otrębska-Popiołek Katarzyna 177, 198

P

Paluchowski Władysław J. 168, 177, 198
Pańków Marcin 183
Pervin Lawrence A. 89, 94, 111, 125,
195, 199
Pestalozzi Jan H. 31
Pilch Tadeusz 194, 196, 197, 203
Plopa Mieczysław 36, 193
Popiołek Katarzyna 63, 199
Potter Granville Bud 109, 110, 119, 120,
121, 144, 185
Powell Jenifer L. 43, 196
Poznaniak Wojciech 202
Price Joseph M. 122, 189
Przybyszewski Krzysztof 185

R

Rabinowitz Vita C. 60, 186
Radlińska Helena 160–161
Radzicki Józef 184, 185, 200
Rahe Richard H. 195
Redl Fritz 110, 121, 199
Reivich Karen 118, 132, 200
Retowski Sylwiusz 36, 193
Reykowski Janusz 190
Richards Herbert C. 120, 185
Ricoeur Paul 69, 199
Rokeach Milton 104, 199
Rosenhan David L. 21, 200
Rotter Julian B. 112, 133, 199
Rousseau Jean J. 31
Russell Bertrand 33–35, 199
Rutter Michael 10, 42, 43, 199
Ryan Richard M. 71–72, 92, 126, 188,
200
Rydlewska Julitta 191

S

Saciuk Robert 191

Samenow Stanton E. 119, 122, 200, 204
Sawicka Paula 196
Sawyer Jeanette A. 43, 195
Schulz Roman 11, 12, 200
Schütz Alfred 140–141, 200
Seligman Martin E.P. 11, 21, 35, 118,
132, 133, 200
Sędek, Grzegorz 89, 193
Sęk Helena 20, 21, 23, 25–26, 43, 45,
145–150, 184, 187, 189, 192, 200,
201
Shonkoff Jack P. 199, 203
Siemaszko Andrzej 40, 55, 103, 201
Skałbania Barbara 169, 201
Skarżyńska Krystyna 73, 201
Slaby Ronald G. 122, 192, 201
Smith Paula 41, 188
Sobczak Sławomir 38, 201
Sroufe Alan L. 190
Stanik Jan Maria 202
Stańdo-Kawecka Barbara 38, 41, 47, 49,
201
Staub Ervin 190
Steele Claude Mason 102, 201
Stevenson James Eric 191
Stewart Claire 41, 50–52, 203
Stone Michel 122, 201
Strayer Janet 192
Strelau Jan 193, 197, 198
Suchodolski Bogdan 202
Sujak Elżbieta 80, 90, 201
Sutherland Edwin H. 55, 201
Sutich Anthony J. 196
Sykes Gresham M. 110, 119, 121–122,
201
Szałański Jan 38, 201
Szczepański Jan 34, 202
Sztompka Piotr 200
Sztuka Mariusz 41, 47, 49, 186, 198, 202

Szulżycka Alina 191
Szustrowa Teresa 192

Ś

Świda Hanna 10, 202

T

Tabak Izabela 43, 196, 198
Taylor Ronald D. 10, 202
Tesser Abraham 98, 202
Toeplitz-Winiewska Małgorzata 169–
170, 202
Tokarczyk Ewa 18, 60, 202
Tokarska-Bakir Joanna 191
Trawkowska Dobroniega 169, 202
Trevethan Shelley D. 121, 202
Trzebiński Jerzy 112, 122, 202
Tylikowska Anna 85, 202
Tyszkiewicz Leon 61, 202

U

Urban Bronisław 44, 102, 119, 175,
203

V

Vich Miles A. 196
Vorrath Harry H. 121, 203

W

Wakar Krzysztof 193
Walker Elaine F. 121, 200
Walker Lawrence J. 21, 202

Wang Margaret C. 10, 202
Ward Tony 41, 47, 49, 50–52, 203
Weary Giff 89, 193
Werner Emma E. 42, 203
Wertenstein-Żuławski Jerzy 197
Williams Geoffrey C. 72, 203
Wineman David 110, 121, 199
Wojciechowski Aleksander 200
Wojciszke Bogdan 97, 203
Wyrwas-Wisniewska Monika 185
Wyrzykowska Irena 184
Wysocka Ewa 15, 19, 30, 56, 83, 84, 90,
116, 117, 151, 153, 169, 175, 180, 184,
187, 191, 203, 204

Y

d'Ydewalle Gery 185
Yochelson Samuel 119, 122, 204

Z

Zaborowski Zbigniew 126–132, 133,
134–137, 204
Zakrzewska Marzena 187
Zelazo Laurel Bidwell 10, 195
Zieja Jan 192
Zięba Mariusz 112, 122, 202
Zimmerman Marc A. 10, 198, 204

Ż

Żaboklicki Krzysztof 189
Żardecka Maria 186
Żywicki Mateusz 190

Indeks rzeczowy

A

- adaptacja społeczna — definicja 89
- typy adaptacji 103—105
 - bunt 103, 105
 - innowacja 103, 105
 - konformizm 103
 - rytualizm 103, 104
 - wycofanie 103, 104
- aprobata społecznej zmienna 29

B

- błędy diagnostyczne 171

C

- cele diagnozy 16, 35, 47
- cele rozwoju 72
 - niższe/zewnętrzne 72
 - wyższe/wewnętrzne 72
- czynniki rozwoju 27
 - czynniki chroniące (zdrowia) zasoby 23—26, 125, 149, 155
 - rodzaje 156—157
 - czynniki ryzyka 23, 26, 38, 125, 149, 155
 - rodzaje 156—157
- model czynników ryzyka i chroniących 125—141

typy czynników 24

- normatywne/rozwojowe 125
- społeczno-kulturowe 125—126
- środowiskowe 125—126
- wewnętrzne 126, 155
- zewnętrzne 126, 155

D

- decentracja poznawcza, zasada 36, 173—174
- dezintegracja pozytywna 85, 126
- dezintegracja jednopoziomowa/jedno-kierunkowa 86
- dezintegracja wielopoziomowa spontaniczna 86—87
- dezintegracja wielopoziomowa usystematyzowana 87—88
- diagnoza resocjalizacyjna 30, 144
- cechy diagnozy 15—17, 24, 29, 30, 42, 54, 66, 77, 79, 156, 159
- decyzyjna 29
- fazy 24
- konsekwencyjna/znaczenia 24
- negatywna 15—16, 29, 30, 54, 66, 77, 79, 156, 159
- pełna 17, 54, 155, 156
- pozytywna 16—17, 29, 30, 42, 54, 66, 77, 79, 156

- rozwojowa 15
 - stanu 24
 - charakter diagnozy 142
 - specyficzna 142
 - niespecyficzna 142, 160
 - obszary 77, 79, 155, 163–164
 - perspektywy poznania 78
 - obiektywna 78, 79
 - subiektywna 78, 79
 - sfery diagnozy 157–158
 - indywidualna 157–158
 - środowiskowa 157–158
 - działania postdiagnostyczne 46, 54, 151
 - istota procesu zmiany 151–152
 - działanie społeczne 35
 - działania wychowawcze 17
 - ergotropowe 17, 27, 35, 46, 57, 59
 - etiotropowe 17, 35, 46, 57, 59
 - semiotropowe 17, 35, 46, 57, 59
 - działanie resocjalizacyjne 31, 66
 - zakresy 77
- E**
- empatia 36
 - obwód empatii 36
 - rodzaje empatii 36
 - emocjonalna 36
 - poznawcza 36
 - entropia 23
 - etyka postępowania diagnostycznego 164–178
 - aksjologiczna 164–165, 167–168, 169, 171
 - normatywna 171
 - ogólne zasady poznania 168, 170–171, 171–172
 - zasady etyczne i prakseologiczne (schemat) 168
 - zasady etyczne poznania 168, 171
 - związane z relacją diagnostyczną 169, 172
 - wyznaczające kompetencje osobowo-formalne diagnosty 173
 - wyznaczające kompetencje interpersonalne 174
 - związane z etapami procesu diagnozy 169
 - zasady metodyki działania 168, 171
 - związane z pragmatyką i metodyką działania 174–175
 - związane z efektywnością procesu modyfikacji 175–176
 - znaczenie etyki dla procesu diagnozy 165–166, 170
- H**
- hipoteza diagnostyczna 16
- I**
- integracja pierwotna 85–86
 - integracja wtórna 88
- K**
- konceptje dewiacji 40–41
 - strukturalne (Mertona) 40, 41, 55
 - kontroli społecznej (Durkheima) 40–41
 - konceptja kryminogenezy 61
 - konceptje natury człowieka 148–151
 - kontakt (relacja) diagnostyczno-terapeutyczny 19, 56, 160
 - cechy 160
 - koszty psychologiczne relacji 177–178
- M**
- mechanizmy poznawcze zaburzeń 109
 - inklinacja egocentryczna 120

- schematy poznawcze 108, 110, 143
triada poznawcza 110
zniekształcenia poznawcze 109–110, 116
definicja 119
funkcje 109–110
mechanizmy kształtowania się 118–119
rozwój 119
typy 109
 egotystyczne 109, 119
 pierwotne 119
 wtórne 119, 121
 samoponiżające 109, 125
rodzaje 118–125
 arbitralne wnioskowanie 123
 czytanie w myślach 124
 egocentryzm 120
 emocjonalne uzasadnienia 124
 etykietowanie 124
 fałszywa zgodność 123, 124
 fatalizm 120, 121
 imperatywy powinnościowe 124
 minimalizowanie pozytywów i maksymalizowanie negatywów 123
 myślenie „czarno-białe”/dychotomiczne 123
 nadmierna generalizacja/uogólnianie 123
 niesprawiedliwe porównania 124
 obwinianie innych 120, 121
 personalizacja 123, 124
 umniejszanie/zmiana znaczenia 120, 121
 zakotwiczenie 123
mechanizmy poznawcze rozwoju 92
konstruowanie własnej przyszłości 93–96
heurystyki symulacji obrazu życia 94
 defensywny pesymizm 96
 nierealistyczny optymizm 96
 optymistyczne oczekiwania 94–95
 strategie samoutrudniania 95–96
konstruowanie własnej przeszłości 97–100
 atrybucja wewnętrzna i zewnętrzna 97, 98
 modyfikowanie zapisu pamięciowego 97
 myślenie kontrfaktyczne 100
 porównania społeczne 99–100
 styl eksplanacyjny optymistyczny *vs.* pesymistyczny 98
 technika autonarracji 100
 uzasadnianie i usprawiedliwianie własnego zachowania 98–99
konstruowanie obrazu siebie 101
 samocena 102
 schematy Ja 101
 samoświadomość 101
restrukturyzacja schematów poznawczych 144
 istota działania 144
 cele działania 144
 zasady działania 144
mechanizmy socjalizacji 89
 naśladownictwo 89
 identyfikacja 89
 internalizacja 89
mechanizmy społecznej adaptacji 103–107
 alokacji dóbr (sprawiedliwa *vs.* niesprawiedliwa) 105–106
 autostygmatyzacji 105

- rywalizacji 106–107
- strukturalno-stratyfikacyjny 103–104
- stygmatyzacji (naznaczanie społeczne) 105
- model działania humanistycznego 17–18
- model funkcjonowania życia Z. Zaborskiego 126–137
 - elementy podstawowe (triada) 126–128
 - miejsce życiowe 127–128, 131, 134
 - cechy 131
 - aspekty jakości życia 131
 - wymiary/aspekty funkcjonowania 132
 - wyznaczniki jakości 134–136
 - wyznaczniki dysfunkcyjności 132–133
 - potencjał życiowy 126–127
 - siła życiowa 127
- zmienne konkretyzujące 128
 - układy strukturalno-objektywne 128, 129
 - czynniki konstelacyjno-fenomenologiczne 128, 130
 - czynniki samorealizacyjne 128, 130
- model interdyscyplinarny diagnozy 30
- model komplementarny 19, 23, 25, 29, 66–73, 141, 175
 - diagnozy 23, 25, 29, 141
 - poziomy diagnozy 148–149
 - obszary diagnozy 149
 - pomocy w rozwoju 66–73
 - działań resocjalizacyjnych (schemat) 69
 - uzasadnienie teoretyczne 68–70
 - założenia ogólne 66–68
 - uzasadnienia stosowania 147
 - zasobów, deficytów i mechanizmów radzenia sobie (schemat) 146
- model metodologiczny diagnozy 30, 152–164
 - triada: teoria – metoda – praktyka 152, 163
 - metody techniki i narzędzia diagnozy 161
 - podstawowe, niestandardowe 161, 162
 - pomiarowe, standardowe 161, 162
 - wyznaczniki metodologii diagnozy (schemat) 153
 - założenia metodologiczne i zasady poznania 160–161
- model: podatność – stres 21–22, 25
- model radzenia sobie – czynniki 26
- modele wsparcia/pomocy 56, 59–66
 - kompensacyjny 56, 60–61, 64–66, 73
 - medyczny 62–63, 64
 - moralny 61–62, 64
 - oświatowy 63, 64
- modele resocjalizacji 38, 141
 - ryzyka 38, 41, 46, 47–53, 64, 66, 73
 - charakterystyka (schemat) 53
 - wady 50–52
 - założenia ogólne 47
 - zasady 47–49
 - dobrego życia 38, 41, 46, 53–59, 65, 66, 73, 141
 - cele 57
 - charakterystyka (schemat) 58
 - założenia ogólne 53–56
 - zasady 57, 59
- modele „stawania się” 31

- rozwoju 31
 - personalizacji 31
 - socjalizacji 31
- N**
- nastawienia społeczne 29
 - negentropia 23
 - nieprzystosowanie społeczne definicja 9–10
 - niedostosowanie społeczne 79
 - definicja 9–10
 - konceptje wyjaśniające 83
 - cechy osoby niedostosowanej 91–92, 117, 120–121, 125
 - norma 55, 66, 105
 - nurty w resocjalizacji 37
 - interakcyjny 78, 142
 - kontroli 60, 65, 66
 - neurobiologii społecznej 142
 - patogenetyczny 46
 - czynniki patogenezy 37
 - poznawczy 78, 142
 - pozytywistyczny 37
- O**
- osobowość 10, 20, 26, 30, 38, 43, 45, 47, 78, 79, 81, 89, 101,
 - definicja 78, 89, 111
 - funkcje 89
 - konceptje osobowości 10
 - relacyjna 10
 - ustosunkowań wobec świata 10
 - poznawcza 79, 83, 89, 111–116, 148–151
 - definicja osobowości 111
 - definicja przekonań 112
 - elementy struktury osobowości 111
 - typy przekonań 112
 - poznawczodoświadczeniowa teoria Ja 112–116
 - podstawowe potrzeby 114–115
 - składowe teorii 113–114
 - system racjonalny 113–114
 - system doświadczeniowy 113–115
 - subteorie 113
 - wyznaczniki psychopatologii 116
 - rozwój osobowości 108
 - zaburzenia psychopatologiczne 72, 108, 109
 - konceptja A. Ellisa 148, 150
 - konceptja A. Becka 150–151
 - konceptja S. Epsteina 151
- P**
- pamięć autobiograficzna 89
 - patogeneza 19–23, 66, 77, 144, 145, 154, 163
 - czynniki patogenne/patogenetyczne 20–21
 - modele czynników patogenetycznych 21–23, 46
 - podatność – stres 21–22
 - czynników ryzyka/korelacyjny 22–23
 - ograniczenia patogenezy 145–147
 - proces patogenetyczny 21
 - pedagogika resocjalizacyjna 37
 - perspektywy diagnozy 24
 - obiektywna 24
 - subiektywna 24
 - poczucie koherencji 24, 79
 - podjęcie humanistyczne 27, 32, 141
 - podjęcie klasyczne 65
 - podjęcie personalistyczne 27, 32, 38–39, 141
 - podjęcie pozytywistyczne 37, 38

- podejście pozytywne 11, 19, 27, 31, 32, 46, 78, 141, 144
- podejście negatywne 19, 32–35, 46
- ponowoczesność 107
- potoczne teorie rzeczywistości 111
- potrzeby 48
- dualizm potrzeb 92–93
 - rodzaje potrzeb 48–49, 71–72, 92
 - autonomii 71, 72, 92
 - kompetencji 71, 72, 92
 - kryminogenne 48, 49
 - niekryminogenne 48, 49
 - relacji 71, 72, 92
 - mechanizm działania potrzeb (funkcje) 93
- postawa etyczna diagnosty 161
- prakseologia – zasady skuteczności 166
- proces diagnostyczny/diagnozy 27, 29, 30, 31
- czynniki 30
 - problemy 28–30
 - wyznaczniki 28
- proces naznaczania 28–29
- projektowanie postdiagnostyczne 18–19, 28
- przekonania (rodzaje) 89
- psychologia humanistyczna 39
- psychologia negatywna 35
- psychologia pozytywna 11, 31, 32, 35
- R**
- radzenie sobie 26, 43, 45,
- strategie radzenia sobie 27
 - style radzenia sobie 26
- relacja wychowawcza 81
- reaktywności zasada 48
- poziom reaktywności 49
 - reaktywność ogólna 48
 - reaktywność specyficzna 48–49
- resilience* 26, 41, 42–45, 46, 56, 61, 78, 79, 141
- definicja 42–43
 - ujęcie dyspozycyjne 43
 - ujęcie procesualne 43, 44
- resocjalizacja 31, 72, 142
- cele 78
 - definicja 73, 77, 142
 - kierunki/typy działań
 - negatywna 28, 46
 - pozytywna 18, 46, 65, 73, 142
 - twórcza 18, 45–46, 141, 142
 - cele 142–143
 - wyznaczniki skuteczności 81, 143
- rozwój 26, 79
- jakość rozwoju (statusy) 82
- konceptje rozwoju 37
- kryzysów rozwojowych E.H. Eriksona 79, 91
 - dezintegracji pozytywnej K. Dąbrowskiego 85–88
- kryzysy rozwojowe 79
- mechanizmy rozwoju 80
- poznawcze 107–116
- proces rozwoju 80
- dualizm rozwoju 91
- tor rozwoju 80
- triada rozwojowa 102
- rekonstrukcja własnej przeszłości 102
 - konstruowanie wizji własnej przyszłości 102
 - percepcja własnej osoby 103
- warunki rozwoju (pytania) 82
- wymiary rozwoju 81, 90
- zaburzenia rozwoju 109
- internalizacyjne 109
 - eksternalizacyjne 109

równowaga 25

wewnętrzna 25

zewnętrzna 25

S

salutogeneza 23–27, 41–42, 44, 46,

56, 66, 73, 77, 78, 144, 145, 154, 163

model czynników salutogenezy 25

ograniczenia salutogenezy 145

założenia salutogenezy 45–46

samospełniające się proroctwo 105

społeczeństwo ryzyka 107

społeczno-ekologiczna teoria młodzie-
ży D. Baackego 137–140

analiza świata życia 139, 140–141

elementy modelu 138–139

teoria cyklu życiowego 138, 139

teoria działania 138, 139

teoria systemów 138, 139

teoria środowiska 138, 139

definicja 139

elementy środowiska 139

obszary rzeczywistości i życia
139–140

istota 138

sprzężenie zwrotne 130

standardy dla testów psychologicz-
nych 152–153

Ś

środowisko wychowawcze 153

elementy środowiska wychowaw-
czego 154

T

teoria autodeterminacji 71–72, 78, 79,
92, 126

teoria konstruktów osobistych i ich prze-
kształcania G. Kelly'ego 151–152

teoria planowanego zachowania 112

teoria sprawiedliwego świata 106, 124

teoria stresu transakcyjna 10, 23

teoria uzasadnionego działania 112

transgresjonizm/koncepcja transgresji
39, 126

mechanizmy transgresji 33

Z

zasada poznawania przez rezonans
własnego wnętrza 173–174

zdrowie 23–24

psychofizyczne 23

społeczne 23

zmiany rozwojowe 79

progresywne 79

regresywne 79

Ź

źródła informacji 78

Ż

życie człowieka 80

etapy życia 83–85

dorosłość 84

dzieciństwo 83

młodość 83–84

starość 84

Ewa Wysocka

Positive Diagnosis in Resocialization
A Theoretical and Methodological Model

S u m m a r y

This book proposes a theoretical-methodological approach to resocialization diagnosis from a positive perspective. The author presents theoretical assumptions of positive diagnosis in resocialization and creates its methodological model. Her starting point is the belief that a well-conducted diagnostic process, inherently linked with the process of resocialization, belongs to the most important factors which determine the effectiveness of the latter. Her standpoint is that both processes should be carried out within the same theoretical-methodological paradigm; she points out that diagnosis serves as the basis for planning resocialization activities, which are directly tied to its results. Moreover, diagnosis is further developed in the course of resocialization, while methods used are subject to modification during the whole process.

In the conceptualisation of the area, scope and object of resocialization diagnosis, the author took into consideration assumptions which follow from: a) the concept of personality as a system of interdependencies, where individual development is treated as an unstable process, influenced by many contradictory internal and external forces; b) the idea of a dynamic "system of attitudes towards the world," which implies a psychological perspective on the subject of its interest, that is a human being in the process of self-development; c) the concept of resilience, which refers to the processes and mechanisms conducive to a proper (positive) functioning of an individual — despite life's adversities, risk factors, developmental hazards, and traumatic past experiences; and d) the concept of salutogenesis, which harks back to the transactional theory of stress. This view calls for an interdisciplinary approach to diagnosis in resocialization, which would encompass data from the field of psychology and social pedagogy, developmental psychology and health, special needs education and biosciences. From this perspective the object of resocialization diagnosis are multifarious conditions which determine the process of "shaping" the human being or, more specifically, problems in his or her development throughout the life cycle, including environmental, cultural and personal factors.

In the positive approach to resocialization diagnosis proposed by the author, various categories of diagnostic description of an individual are important, such as multidimensionality (various areas of activity), continuity (development throughout the life cycle), orientation of individual development (prosocial, prodevelopmental vs. antisocial, destructive) and, most importantly, necessity to discover individual resources (potential).

The proposed approach situates the diagnostic process in the paradigm of positive psychology and positive resocialization, basic to human cognition, which focus on autocreation and creative resocialization, at the same time pointing out the necessity to identify the unique potential of an individual (positive diagnosis).

The book comprises two chapters. The first one presents the theoretical assumptions of resocialization diagnosis; the second chapter explains its methodological premises. The models presented by the author (so called complementary approach) assume the priority of positive diagnosis (focused on resources and potential) and a supplementary role of negative diagnosis (focused on deficits and disorders).

Chapter One ("Positive and negative diagnosis in resocialization — general theoretical assumptions") comprises: a) a description of the main approaches in resocialization diagnosis — pathogenic and salutogenic — with their specific ways of explaining adaptive disorders; and b) a description of the major factors and problems in diagnosis for resocialization. On the whole, the author adopts the approach typical of salutogenesis to explain adaptive disorders. She also provides evidence that it is possible to implement the concepts of positive psychology in resocialization diagnosis. She presents resocialization models which refer to resilience and salutogenesis, using them as the theoretical foundation of positive diagnosis in resocialization: the risk model, the well being model and models which support development. As a result, she creates a complementary model of supporting development.

In Chapter Two ("Positive and negative diagnosis in resocialization — narrowing down on the theoretical and methodological assumptions), the reader is introduced to the theoretical problems of social maladaptation and to the specific objects of positive and negative diagnosis. The author describes adaptive disorders in the context of basic markers, dimensions and mechanisms of human development on the one hand and developmental disorders on the other, focusing mainly on the cognitive mechanisms of development and psychopathology of developmental disorders (cognitive distortions). She analyses the environmental and sociocultural context of development and demonstrates a risk factor model and a protective factor model. It is against this background that she creates a complementary methodological model of resocialization diagnosis, in which positive diagnosis (salutogenic approach) is treated as primary, and negative diagnosis (pathogenic approach) as supplementary.

A discussion of the model of resocialization diagnosis closes with remarks on the markers and characteristic features of a resocialization pedagogue's ethics of conduct — the teacher acting both as a diagnostician and a tutor who fosters the process of inner transformation of a socially maladapted individual.

Ewa Wysocka

Diagnostic positif dans la réinsertion
Modèle théorique et méthodologique

Résumé

La publication constitue la proposition d'une présentation théorico-méthodologique du diagnostic de réinsertion dans la perspective positive. L'auteure y présente des principes théoriques du diagnostic positif dans la réinsertion et construit son modèle méthodologique. Elle accepte le principe que l'un des facteurs les plus importants conditionnant l'efficacité de la réinsertion est un processus diagnostic correctement réalisé et lié d'une façon immanente au processus de l'éducation de réinsertion. En avançant la thèse évidente que les deux processus devraient être réalisés dans un seul paradigme théorico-méthodologique, elle dénote aussi que le diagnostic est une base sur laquelle on projette des activités de réinsertion résultant d'une façon directe de ses résultats. De surcroît, le diagnostic est approfondi durant les examens de réinsertion, et les méthodes de travail subissent des modifications dans le processus de réinsertion.

Dans la conceptualisation de l'étendue et du sujet du diagnostic de réinsertion, l'auteure accepte des principes résultant : a) de la conception de personnalité en tant que système d'interdépendances où le développement d'un individu est traité comme un procédé instable qui est influencé par plusieurs forces intérieures et extérieures ; b) de la conception du « système dynamique d'attitudes envers le monde » impliquant la perspective psychologique de voir le sujet de ses intérêts, c'est-à-dire l'homme qui est en train de devenir lui-même (le procédé de développement) ; c) mais aussi de la conception de résilience se référant aux procédés et mécanismes qui favorisent le fonctionnement correct (positif) d'un individu malgré les contrariétés du sort, les facteurs de risque et de menaces de développement, les expériences traumatiques localisées dans la biographie de l'homme qui ont lieu dans la vie de cet individu, ainsi que d) de la conception de salutogenèse se référant à la théorie transactionnelle du stress. Cela exige une approche interdisciplinaire au processus de diagnostic durant la réinsertion englobant les domaines de la science relatifs à la psychologie et à la pédagogie sociale, à la psychologie du développement et de la santé, à l'éducation spécialisée et aux sciences biologiques. Dans une telle optique, les conditions qui décident du processus du « devenir d'une unité humaine » et qui sont présentées diversement, et plus précisément – les problèmes relatifs à son développement durant tout le cycle de la vie dans les aspects psychologique, culturel et personnel sont le sujet du diagnostic de réinsertion.

Dans l'approche positive au diagnostic de réinsertion proposée par l'auteure, il y a différentes catégories de la description diagnostique de l'homme : la multi-

dimensionnalité (différents aspects de fonctionnement), la continuité (processus du développement durant tout le cycle de la vie), l'orientation du développement d'un individu (social, favorable au développement vs antisocial, ayant une influence destructive sur le développement), et avant tout la nécessité de découvrir ses ressources (ses potentiels).

Cette conception situe le processus du diagnostic dans le paradigme – essentiel pour la connaissance de l'homme – de la psychologie positive et de la réinsertion positive concentrées sur l'autocorrection et sur la réinsertion créative, et indiquant en même temps la nécessité d'identifier des potentiels particuliers d'un individu (diagnostic positif).

La dissertation se compose de deux chapitres. Dans le premier, on a présenté les principes théoriques du diagnostic de réinsertion, et dans le deuxième, ses principes méthodologiques. Dans les modèles présentés par l'auteure (soi-disant présentation complémentaire), on pose en principe la priorité du diagnostic positif (il s'agit des ressources, des potentiels), et seulement le caractère complémentaire du diagnostic négatif (il s'agit des déficits, des troubles).

Le premier chapitre (Diagnostic positif et négatif dans la réinsertion – principes théoriques généraux) comprend : la caractéristique des approches prédominantes dans le diagnostic de réinsertion : pathogénétique et salutogénétique en prenant en considération la manière – qui est spécifique pour eux – d'expliquer les troubles d'adaptation ; ainsi que la spécification des déterminants et des problèmes dans le processus du diagnostic pour les besoins de la réinsertion. L'auteure perçoit l'approche caractéristique pour la salutogenèse comme un outil prédominant dans la façon d'expliquer des troubles d'adaptation. Elle documente aussi la possibilité d'accepter les principes de la psychologie positive pour les besoins du diagnostic dans la réinsertion. Elle présente en plus les modèles de réinsertion qui s'appuient sur la conception résilience et sur celle de salutogenèse en les traitent comme la base théorique du diagnostic positif dans la réinsertion : il s'agit du modèle de risque et celui de bonne vie et les modèles de soutien dans le développement. En résultat, elle formule les principes du modèle complémentaire de l'aide dans le développement.

Le deuxième chapitre (Diagnostic positif et négatif dans la réinsertion – concrétisation des principes théoriques et méthodologiques) met le lecteur au courant de la problématique théorique de l'inadaptation sociale en spécifiant les champs des diagnostics positifs et négatifs. L'auteure fait la caractéristique des troubles d'adaptation dans le contexte des déterminants essentiels, des dimensions et mécanismes du développement humain vs les troubles de développement en se concentrant principalement sur les mécanismes cognitifs de développement et sur la psychopathologie des troubles de développement (déformations cognitives). Elle décrit le contexte de développement relatif au milieu socioculturel tout en présentant un modèle de facteurs de risque et de facteurs de protection. Sur ce fond, elle construit un modèle méthodologique complémentaire du

diagnostic dans la réinsertion où elle traite le diagnostic positif (approche salutogénétique) comme essentiel et le diagnostic négatif (approche pathogénétique) comme complémentaire.

Les réflexions se référant aux déterminants et à la spécificité de l'éthique de conduite d'un pédagogue de réinsertion qui exerce la fonction aussi bien du diagnostiqueur que de l'éducateur soutenant le processus de la transformation intérieure d'un individu inadapté au niveau social terminent les réflexions concernant le modèle du diagnostic de réinsertion.

Ewa Wysocka

Positive Diagnose in der Resozialisierung Theoretisches und methodologisches Modell

Zusammenfassung

Die Publikation ist ein Vorschlag, die positive Resozialisierungsdiagnose in Theorie und Methodologie zu fassen. Die Verfasserin präsentiert theoretische Voraussetzungen der positiven Analyse in der Resozialisierung und schafft ein methodologisches Modell dafür. Sie geht davon aus, dass einer der wichtigsten, die Effektivität der Resozialisierung bestimmenden Faktoren ein richtig durchgeführter und mit dem Prozess der Resozialisierungserziehung immanent verbundener diagnostischer Prozess ist. Da die beiden Prozesse nach demselben theoretisch-methodologischen Paradigma realisiert werden sollten, bildet die Diagnose die Grundlage für alle aus deren Ergebnissen folgenden Resozialisierungsmaßnahmen. Diese Diagnose wird darüber hinaus während der Resozialisierungstätigkeit noch vertieft und ihre Methoden modifiziert.

Bei Konzeptualisierung von Gebieten, Bereichen und Gegenstand der Resozialisierungsdiagnose benutzte die Verfasserin folgende Konzepte: a) Konzept der Persönlichkeit als eines Interdependenzsystems, wo die persönliche Entwicklung als ein Wechselprozess erscheint, auf den sich mehrere innere und äußere Kräfte auswirken, b) Konzept des dynamischen „Systems der Einstellungen zur Welt“, das psychologische Perspektive der Wahrnehmung des Menschen im Zuge seiner Entwicklung impliziert; c) Konzept *resilience*, das die Prozesse und Mechanismen angeht, die eine richtige (positive) Existenz des Menschen – trotz aller Widrigkeiten seines Schicksals, Risikofaktoren, Entwicklungsbedrohungen und traumatischen Erlebnisse begünstigen; d) Konzept der Salutogenese, die an transaktionale Stresstheorie anknüpft. Die Diagnose in der Resozialisierung braucht interdisziplinär behandelt werden, man musste sich also das Wissen auf dem Gebiet von Sozialpsychologie und Sozialpädagogik, Entwicklungspsychologie und Gesundheitspsychologie, Heilpädagogik und biologischen Wissenschaften zunutze machen. Zum Gegenstand der Resozialisierungsdiagnose werden in solcher Auffassung die auf verschiedene Weise betrachteten und von dem „Menschwerden“ entscheidenden Faktoren, und genauer gesagt – die Probleme der menschlichen Entwicklung in vollem Lebenszyklus in Bezug auf biologisches, kulturelles und persönliches Leben.

In der von der Verfasserin vorgeschlagenen positiven Betrachtungsweise der Resozialisierungsdiagnose relevant sind verschiedene Kategorien der diagnostischen Charakteristik des Menschen: Vielschichtigkeit (verschiedene Ebenen der menschlichen Tätigkeit), Kontinuität (Entwicklungsprozess in vollem Lebenszyklus), Ausrichtung der menschlichen Entwicklung (sozialverträglich, entwic-

klungsfähig vs. asozial, destruktiv) und vor allem die Notwendigkeit, menschliche Ressourcen (Leistungsfähigkeit) zu entdecken.

Diese Betrachtungsweise platziert den Diagnoseprozess in dem für menschliche Erkenntnis grundlegenden Paradigma positiver Psychologie und positiver Resozialisierung, die auf Selbstverwirklichung und konstruktive Resozialisierung konzentriert sind und gleichermaßen zur Erkennung der spezifischen Leistungsfähigkeit des Menschen nötigen.

Die Publikation besteht aus zwei Kapiteln. Das erste von ihnen beinhaltet theoretische und das andere methodologische Voraussetzungen der Resozialisierungsdiagnose. In den von der Verfasserin präsentierten Modellen (sog. komplementäre Auffassung) setzt einen vorrangigen Charakter der positiven Diagnose (Leistungsfähigkeit, Ressourcen) und lediglich einen ergänzenden Charakter der negativen Diagnose (Defizite, Störungen) voraus.

Das erste Kapitel (*Positive und negative Diagnose in der Resozialisierung- allgemeine theoretische Voraussetzungen*) umfasst: a) Charakteristik von den in der Resozialisierungsdiagnose überwiegenden Auffassungen: pathogenetischer und salutogenetischer, unter Berücksichtigung der für sie kennzeichnenden Methode, Anpassungsstörungen zu erklären; b) Aufschlüsselung von den wichtigsten Maßstäben und Problemen bei der Diagnose. Die Verfasserin findet die salutogenetische Auffassung besser. Sie beurkundet auch die Leitlinien der positiven Psychologie für Resozialisierungsdiagnose und präsentiert die auf den Konzepten der Salutogenese und *resilience* gründenden Modelle der Resozialisierung, die für sie die theoretische Grundlage der positiven Diagnose in der Resozialisierung darstellen, es sind: Modell des Risikos und Modell des guten Lebens als auch Modelle der Unterstützung bei der Entwicklung. Kurz und gut fasst sie die Richtlinien des komplementären Modells der Hilfeleistung bei der Entwicklung ab.

Das zweite Kapitel (*Positive und negative Diagnose in der Resozialisierung – Konkretisierung von theoretischen und methodologischen Voraussetzungen*) führt den Leser in die Theorie der gesellschaftlichen Fehlanpassung und spezifiziert die Bereiche von der positiven und negativen Diagnose. Die Verfasserin charakterisiert die Anpassungsstörungen im Zusammenhang mit den wichtigsten Maßstäben, Dimensionen und Mechanismen der menschlichen Entwicklung vs. Entwicklungsstörungen, indem sie sich vor allem auf kognitive Mechanismen der Entwicklung und der Psychopathologie der Entwicklungsstörungen (kognitive Verzerrungen) konzentriert. Sie erörtert den Milieu-, Gesellschafts- und Kulturkontext von der Entwicklung, indem sie die Modelle: des Risikos und der Schutzfaktoren darstellt. Vor dem Hintergrund bildet sie ein komplementäres methodologisches Modell der Diagnose in der Resozialisierung, in dem die positive Diagnose (salutogenetische Auffassung) von ihr als grundlegende und negative Diagnose (pathogenetische Auffassung) als ergänzende Diagnose betrachtet werden.

Am Ende der Publikation befinden sich Reflexionen über Kriterien und Spezifität der ethischen Handlungsweise eines Resozialisierungspädagogen, der sowohl ein Diagnostiker als auch ein Erzieher sein sollte, der den Prozess des inneren Wandels eines gesellschaftlich nicht angepassten Menschen unterstützt.

Redakcja
Barbara Konopka

Projektant okładki, strony tytułowej i stron działowych
Zenon Dyrzka

Redakcja techniczna
Małgorzata Pleśniar

Korekta
Jadwiga Gaździcka

Łamanie
Damian Walasek

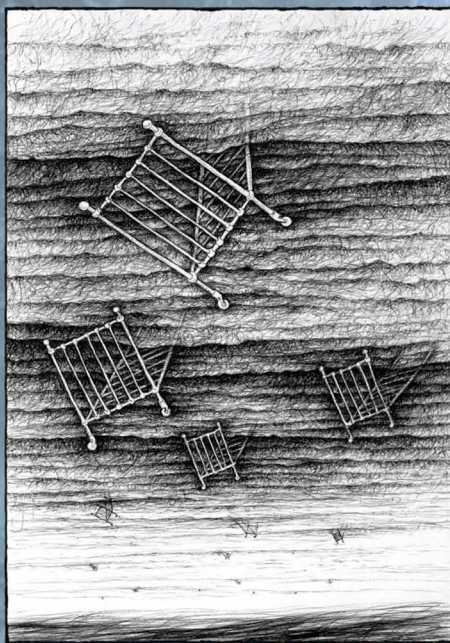
Copyright © 2015 by
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-8012-729-6
(wersja drukowana)
ISBN 978-83-8012-730-2
(wersja elektroniczna)

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice
www.wydawnictwo.us.edu.pl
[e-mail:wydawus@us.edu.pl](mailto:wydawus@us.edu.pl)

Wydanie I. Ark. druk. 14,5 Ark. wyd. 14,0
Papier offset kl. III, 90 g. Cena 30 zł (+ VAT)

Druk i oprawa:
EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek Spółka Jawna
ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek



Więcej o książce



CENA 30 ZŁ
(+ VAT)

ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-8012-729-6