



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

**Title:** Wybrane problemy diagnozy niedostosowania społecznego - obszary, modele, zasady i sposoby rozpoznawania zjawiska

**Author:** Ewa Wysocka

**Citation style:** Wysocka Ewa. (2006). Wybrane problemy diagnozy niedostosowania społecznego - obszary, modele, zasady i sposoby rozpoznawania zjawiska. "Chowanna" (2006, t. 2, s. 7-37).



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

„Chowanna”	Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego	Katowice 2006	R. XLIX (LXII)	T. 2 (27)	s. 7–37
------------	--	---------------	-------------------	--------------	---------

## ARTYKUŁY



Ewa WYSOCKA

### **Wybrane problemy diagnozy niedostosowania społecznego – obszary, modele, zasady i sposoby rozpoznawania zjawiska**

Pojęcie niedostosowania społecznego w literaturze przedmiotu nie jest określane jednoznacznie – jego ujęcie zależy od poglądów dotyczących etiologii i manifestacji niedostosowania. Stanowi ono przy tym zjawisko, które interesuje nie tylko pedagogów, ale także psychologów, psychiatrów, socjologów, kryminologów, stąd – w zależności od punktu widzenia – pojęcie społecznego niedostosowania różnie jest definiowane i różny jest jego zakres. Jedno nie ulega jednak wątpliwości: pojęcie to wyznacza pewne formy zachowania, które stanowią o specyfice jego manifestacji.

### **Definicje, kryteria diagnostyczne, objawy, typologie, stadia i przyczyny niedostosowania społecznego – jako wyznaczniki obszarów diagnozy niedostosowania społecznego**

Zjawisko niedostosowania społecznego musi być rozpatrywane na bazie ogólniejszego problemu przystosowania, czyli relacji człowieka z jego otocze-

niem, wskazując złożoność i wielowarstwowość, uniwersalność i szeroki zakres semantyczny tego pojęcia (Lubowiecka, 2000, s. 15), co z pewnością nie ułatwia jego operacjonalizacji. „Przystosowanie” to zatem pojęcie wykorzystywane w naukach zarówno przyrodniczych, w których traktowane jest jako zjawisko opisujące zdolność do zachowania równowagi wewnętrznej organizmu (homeostazy) w sytuacji zmian zachodzących w środowisku, jak i społecznych, w których ujmuje się je jako zdolność do efektywnego działania niezależnie od zmieniających się warunków środowiskowych (Seyle, 1960). Można tym samym analizować to zjawisko na różnych poziomach: **anatomicznym** (ochrona strukturalna i fizjologiczna organizmu przed wpływami środowiska – homeostaza fizjologiczna), **psychologicznym** (zaspokajanie potrzeb emocjonalnych, warunkujących homeostazę psychiczną; Noyes, Kolb, 1969, s. 45) i **społecznym** (właściwe funkcjonowanie w relacjach ze środowiskiem społecznym – równowaga między wymaganiami środowiska społecznego a sposobem reagowania jednostki; Konopnicki, 1971), czy nawet **kulturowym** (proces socjalizacji i wychowania traktowany jako wchodzenie w kulturę).

W kontekście funkcjonowania społecznego jednostki sformułowano także szereg definicji przystosowania. Zgodnie z tymi definicjami przystosowanie to:

a) bezkonfliktowe funkcjonowanie jednostki w otoczeniu społecznym (Hilgard, 1972, s. 772);

b) bezkonfliktowe uczestnictwo jednostki w grupach społecznych (Bieliński, 1982, s. 84);

c) równowaga między wymaganiami środowiska społecznego czy życia codziennego a sposobem reagowania lub postępowania jednostki (Konopnicki, 1971);

d) taki sposób funkcjonowania jednostki w grupie, który prowadzi do zaspokojenia jej potrzeb psychospołecznych przez członków grupy i zaspokojenia potrzeb psychospołecznych członków grupy w wyniku podejmowanych przez jednostkę działań (Jaworowska, 1982, s. 102);

e) wyrobienie sobie określonej postawy oraz zrozumienie sytuacji, proces zdobywania perspektywy w patrzeniu na świat zewnętrzny (środowisko bliższe i dalsze) w celu nie tylko dostosowania się doń w sposób bierny, ale też w celu aktywnego przekształcania zewnętrznego otoczenia, co dokonuje się w procesie ciągłym (McKinney, za: Konopnicki, 1971, s. 18).

W kontekście przedstawionych ujęć warto przyrzeć się obowiązującym kryteriom definicyjno-diagnostycznym prawidłowego przystosowania i zaburzeń tego procesu, formułowanym w ramach różnych dyscyplin naukowych. L. Pytka (1986, 2001) przywołuje następujące kryteria, opisane przez L. Sechresta i J. Wallace'a (1967).

Tabela 1

## Ogólne kryteria przystosowania i nieprzystosowania

Rodzaj teorii	Kryterium przystosowania	Kryteria nieprzystosowania
Teorie biologiczne (ekologiczne)	dążenie do zachowania własnej egzystencji, do przetrwania w środowisku naturalnym i społeczno-kulturowym	zanik dążenia do przetrwania, tendencje samoniszczycielskie, samounicestwienie w sensie fizycznym i społeczno-kulturowym
Teorie medyczno-psychiatryczne	stan doskonałego zdrowia psychicznego i fizycznego (zgodnie z normami medycznymi), zdrowa struktura osobowości i niezaburzone funkcje	wyraźnie zidentyfikowane objawy patologii, psychopatyczna, socjopatyczna, neurotyczna struktura osobowości
Teorie psychologiczne	optymalne sposoby redukcji napięć wewnętrznych, utrzymywanie homeostazy psychicznej i społecznej (subiektywne poczucie dobrego przystosowania, zadowolenia, szczęścia itp).	nieoptymalne sposoby redukcji napięć (potrzeb), przerosty patologicznych mechanizmów obronnych w utrzymywaniu homeostazy psychospołecznej (subiektywne poczucie złego funkcjonowania)
Teorie interakcyjne	adekwatne reagowanie na bodźce pochodzące z otoczenia fizycznego i społecznego, zdolność i umiejętność przeciwstawiania się presji niekorzystnych czynników biopsychicznych, środowiskowych i sytuacyjnych	nieadekwatne reagowanie na bodźce, nieumiejętność przeciwstawiania się presji niekorzystnych czynników biopsychicznych i socjokulturowych – bierność i poddanie się wpływom środowiska
Teorie statystyczne	zachowania mieszczące się w granicach jednego lub dwóch odchyień standardowych od średniej (normy statystycznej)	zachowania wykraczające poza obszar jednego lub dwóch odchyień standardowych od średniej (normy statystycznej), krańcowe formy zachowań „normalnych”
Teorie społeczne	zgodność postępowania i jego podstaw motywacyjnych z przyjętymi i akceptowanymi wzorami i normami społecznymi (obyczajowymi, moralnymi i prawnymi), swobodne uczestnictwo w grupach pozytywnego odniesienia	otwarty konflikt zachowań i przyjmowanych motywów z obowiązującymi wzorami i normami społecznymi (obyczajowymi, moralnymi i prawnymi), uczestnictwo w grupach podkulturowych oraz identyfikacja z ich standardami
Teorie pedagogiczne	dążenie do samourzeczywistnienia, autonomii, samowychowania i rozwoju	fiksacja lub regres w rozwoju, zaniekanie autonomii i samodzielności

Źródło: Pytka, 2001, s. 19.

W analizie zjawiska przystosowania wyróżnia się najczęściej jego ogólne kryteria (Jackowska, 1977; Klus, 1989; Klus-Stańska, 1994; Wojciechowska, 1984), które wpisuje się w stan jednostki (kryteria wewnętrzne, osobowe), lub też nadaje mu charakter czynnościowy, czyli wskazuje się symptomy obrazujące zachowania jednostki wobec grupy społecznej (kryteria ze-

wewnętrzne, społeczne). W klasyfikacji kryteriów przystosowania widoczne jest traktowanie tego pojęcia w kategoriach procesu dynamicznego i nieustającego, mającego charakter ciągłego wzrostu poziomu integracji jednostki z jej otoczeniem. W tym kontekście przystosowanie nie ma charakteru świadomego zakładanego i realizowanego przez jednostkę celu, ale może się odzwierciedlać w przejściowych stanach wiążących jednostkę z jej otoczeniem, przyjmować postać konsekwencji (skutków) indywidualnych i społecznych, a czasami również fizycznych. Nie ma też charakteru powszechnego i nieprzemijającego, gdyż permanentność tego stanu zakładałaby bezpośrednio konieczność unicestwienia jednostki, czyli śmierci fizycznej, psychologicznej i społecznej, co oznacza ostateczny rozpad struktur i funkcji fizykalnych, psychicznych i społecznych (Pytka, 1986, s. 74).

Oprócz ogólnych kryteriów różnicujących przystosowanie i nieprzystosowanie można przywołać choćby przykładowe charakterystyki osobowe, mogące stanowić szczegółowe kryteria diagnostyczne. W.A. Scott (Sanocki, 1978; Ostrowska, 1986, s. 82–84) wyróżnia 10 kategorii ogólnych, opisujących stan nieprzystosowania.

Tabela 2

## Szczegółowe kryteria nieprzystosowania

Kategoria ogólna	Charakterystyka szczegółowa
Ogólny poziom nieprzystosowania	nieumiejętność przystosowania się do nowych warunków ze względu na brak plastyczności; brak kontroli swego otoczenia i nieumiejętność postępowania w zmieniającym się świecie; nieumiejętność formułowania i realizowania zadań własnych; brak skutecznego działania ze względu na niezdolność zmiany własnego zachowania w zależności od jego skutków
Braki w zakresie zaspokojenia własnych potrzeb	niedojrzałość seksualna; stała frustracja własnych potrzeb i brak satysfakcji z codziennych zadań życiowych; nieumiejętność kierowania swoim zachowaniem w sposób zapewniający harmonię wewnętrzną; nieumiejętność spontanicznego działania i brak poczucia swobodnego uczestnictwa w aktywności swego otoczenia
Braki w kontaktach interpersonalnych	zaburzenia w pełnieniu ról społecznych (ucznia, dziecka, członka grupy rówieśniczej, itp.); braki w zakresie realizacji norm wynikających z pełnionych ról; izolowanie się od aktywności społecznej; nieumiejętność korzystania z pomocy innych ludzi i zaburzone kontakty interpersonalne; podejmowanie zachowań wywołujących społeczną dezaprobatę; brak zaufania do innych i nieumiejętność przeżywania miłości; braki w zakresie poczucia odpowiedzialności; częste porzucanie podejmowanych prac i zajęć zawodowych

cd. tab. 2

Kategoria ogólna	Charakterystyka szczegółowa
Braki w zakresie zdolności intelektualnych	nieadekwatna percepcja i osłabiony kontakt z rzeczywistością, nieadekwatna wiedza o świecie; obniżona sprawność intelektualna i niski poziom inteligencji; brak rozsądku i emocjonalny stosunek do rzeczywistości; brak znajomości siebie, wąskie pole świadomości i brak zrozumienia ludzkich spraw; nieumiejętność rozwiązywania problemów
Braki w zakresie kontroli emocji i motywów	brak odpowiedniej tolerancji na frustrację, wraz z nieumiejętnością opanowania własnych lęków; brak zinternalizowanych norm moralnych; niska samokontrola i brak odporności na stres; obniżony nastrój psychiczny; wadliwie ukształtowane sumienie i słabe ego; brak uczciwości w stosunkach międzyludzkich; brak skuteczności w działaniu
Postawy wobec innych	egoizm i brak zainteresowania innymi ludźmi; brak zaufania do innych i brak sympatii dla ludzi; nieżyczliwość i niezdolność do nawiązywania bliskich kontaktów ze względu na brak empatii
Produktywność	brak chęci podejmowania działań społecznie użytecznych; brak inicjatywy
Rozwój autonomii	emocjonalna zależność od innych i brak wykrystalizowanej tożsamości; brak zaufania do samego siebie, stąd wysoka podatność na sugestie i wpływy innych
Poziom integracji	nieodróżnienie osobista; brak dążeń samorealizacyjnych i nieskrystalizowane poczucie sensu życia; występowanie wewnętrznych konfliktów i rozbieżność motywów działania; niewykorzystywanie własnych możliwości; brak umiejętności łączenia życiowej energii, impulsów i konfliktów w zintegrowaną całość
Stosunek do samego siebie	uczucie, że władza jednostki nad sobą samą wymyka się; brak zadowolenia z własnych dokonań i niski poziom samoakceptacji; pesymizm życiowy i brak wiary, że posiada się umiejętność rozwiązywania problemów; nieadekwatny obraz siebie i poczucie mniejszej wartości; brak poczucia autonomii, niezależności i brak szacunku dla siebie; odczuwanie swojej sytuacji jako gorszej, która nie daje radości ani zadowolenia

Przy czym za zmienne psychologiczne najbardziej diagnostyczne z punktu widzenia resocjalizacji i prognozy przyszłych zachowań społecznych uważa się następujące (Ostrowska, Milewska, 1986, s. 86–87):

- wadliwa samokontrola emocjonalna i poznawcza;
- w stosunkach interpersonalnych przewaga przeżywania emocjonalnego nad opracowywaniem intelektualnym;
- brak odpowiedniego poziomu samoakceptacji;
- znaczne obniżenie poziomu odczuwania przeżyć i stanów innych ludzi, niski poziom empatii;
- wrogi, nieprzyjazny obraz świata, społeczeństwa i otaczającej rzeczywistości;
- nieodpowiedni do psychologicznej fazy rozwojowej stopień akceptacji swego miejsca w świecie (braki w rozwoju potrzeby sensu życia i rozumienia siebie);
- stałe, intensywne, subiektywne odczuwanie poczucia zagrożenia;
- braki w zakresie umiejętności przewidywania skutków swego działania dla siebie i innych;
- braki w zakresie antycypacji kary, a nawet brak wrażliwości na kary stosowane przez otoczenie;
- wysoki poziom podatności na sugestie i wpływy innych przy jednoczesnym niskim poziomie samokontroli;
- wysoki poziom koncentracji na własnych przeżyciach, dążeniach, pragnieniach z równoczesnym występowaniem postawy roszczeniowej wobec innych;
- stałe, intensywne odczuwanie poczucia krzywdy doznawanej od innych, a jednocześnie braki w zakresie oceny własnego postępowania;
- niedostatki w zakresie formułowania i realizowania hierarchicznych i dalekich zadań, życie terażniejszością;
- przewaga natychmiastowych i krótkotrwałych reakcji nad złożonymi procesami podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów;
- braki w zakresie rozwoju postaw światopoglądowych przy jednoczesnym zaburzeniu w internalizacji norm moralnych i wartości ostatecznych.

Wspólnym elementem wszystkich definicji niedostosowania społecznego jest wskazywanie zachowań, które pozostają w sprzeczności z powszechnie uznawanymi normami, wartościami i oczekiwaniami społecznymi, powodując przy tym negatywne konsekwencje w skalach makrosocjalnej (zaburzenia funkcjonowania systemu społecznego, np. dezorganizacja społeczna) oraz mikrosocjalnej (zagrożenie bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego poszczególnych jednostek). Przy czym zachowaniom tym przypisuje się negatywne oceny społeczne, obwarowuje je zakazami, sankcjonuje (P y t k a, 2001, s. 90).

Generalnie spotykane w literaturze przedmiotu określenia niedostosowania społecznego można ująć w cztery grupy: a) definicje objawowo-symptomatologiczne, w których objawy stanowią wskaźniki nieprzystosowania, b) definicje teoretyczne, w których oprócz symptomatologii angażuje się pojęcia teoretyczne wynikające z ogólnej teorii przystosowania lub normalnego funkcjonowania

jednostki (np. motywacja, postawy, role społeczne, przepisy ról społecznych, normy, standardy idealne, poziom lęku, psychopatia, charakteropatia, neurotyzm), c) definicje operacyjne, w których wskazuje się nie tylko na symptomy danego zjawiska, ale przede wszystkim na sposoby pomiaru, odsyłając jednocześnie do określonego narzędzia pomiarowego (testu, skali, kwestionariusza), oraz d) definicje utylitarne, ujmujące nieprzystosowanie społeczne od strony pewnej bezradności środowiska wychowawczego wobec jednostki sprawiającej trudności wychowawcze oraz „niedostosowania” tego środowiska do potrzeb i aspiracji oraz poziomu rozwoju dziecka „zaburzonego” (Pytka, 2001, s. 89–90).

Typologia dzieci społecznie niedostosowanych należy do zagadnień budzących najwięcej kontrowersji. Najbardziej znane klasyfikacje tworzone były pod kątem etiologii zaburzenia lub jego symptomatologii (kryteria klasyfikacyjne), np.:

a) typologia D.H. Stotta w ujęciu J. Konopnickiego (1971, s. 166), który dokonał podziału na zachowania wrogie (demonstratywne, bojowe, reakcje nieadekwatne do sytuacji), zachowania zahamowane (depresywne, wycofujące), zachowania aspołeczne oraz zachowania niekonsekwentne (działanie reaktywne, dążenie do zaspokojenia potrzeb bez względu na konsekwencje, brak umiejętności uczenia się pod wpływem doświadczeń);

b) typologia R. Jenkinsa (1957, podają za: Pospiszyl, Żabczyńska, 1985, s. 91–92), który wyodrębnił typ niezsocjalizowany (agresywny, z komponentami napastliwości, zaczepności, buntu wobec każdego autorytetu, złośliwości i braku poczucia winy) i typ zsocjalizowany (przebywanie w złym towarzystwie, aktywność w bandzie, kradzieże grupowe i potajemne, wagary, przebywanie poza domem w sposób niekontrolowany);

c) typologia C.E. Sullivan a i M.Q. Granta (1957, podają za: Pytka, 2001, s. 93–94), którzy wyróżnili trzy formy dewiantywnego zachowania się jednostek nieprzystosowanych społecznie: aspołeczność (tendencja do instrumentalnej eksploatacji innych, reagowanie złością i agresją antyspołeczną, impulsywność, brak kontroli własnych zachowań), konformizm (nadmierny serwilizm wobec osób znaczących, występujący w funkcji instrumentalnej), neurotyzm (nieustanny lęk przed niespełnieniem wymagań społecznych, poczucie niemocy i bezradności, na które reakcją stanowią zachowania nieakceptowane społecznie);

d) typologia T.M. Achenbacha (Achenbach, Edelbrock, 1978, podają za: Urban, 2000, s. 94–100), który wyodrębnił dwa typy zaburzeń w zachowaniu charakteryzującym jednostki niedostosowane społecznie: zachowania internalizacyjne, związane z rzutowaniem „do wewnątrz” problemów, stąd ich konsekwencje ponosi głównie jednostka (nadmierna kontrola, wycofanie, dysforia i lęk, bierność lub niekontrolowane wybuchy w sytuacjach



ekstremalnych), oraz zachowania eksternalizacyjne, związane z rzutowaniem „na zewnątrz” własnych problemów, dlatego też ich skutki odczuwa głównie otoczenie społeczne (słaba kontrola, agresja, przeciwstawianie się, opór wobec otoczenia, impulsywność, destruktywność, antyspołeczne cechy osobowości);

e) w typologii C. Cz a p ó w a (1978, podają za: P y t k a, 2001, s. 93), który wyróżnia się według kryterium etiologicznego zwicniętą socjalizację, której czynnikiem dominującym są niedostatki w zakresie socjalizacji dziecka (niewłaściwa opieka rodzicielska lub jej brak, odtrącenie emocjonalne, zaniedbanie społeczne i ekonomiczne), demoralizację, mającą miejsce wówczas, gdy dziecko prawidłowo zsocjalizowane dostaje się pod wpływ innej obyczajowości i kultury niż ta, w jakiej było wychowane, oraz socjalizację podkulturową, w której proces ów przebiega prawidłowo z punktu widzenia poprawności funkcjonowania mechanizmów psychologicznych, ale popada się w konflikt z normami ogólnospołecznymi z powodu identyfikacji z własną grupą respektującą normy podkulturowe, chuligańskie, złodziejskie czy przestępcze.

Wspólne dla wszystkich definicji i klasyfikacji pojęcia niedostosowania społecznego są następujące treści:

- negatywny stosunek do norm społecznych, do uznawanych społecznie wartości;
- trudna wewnętrzna sytuacja jednostki społecznie niedostosowanej;
- trudności wychowawcze wynikające ze społecznego niedostosowania o cechach trwałych postaw aspołecznych lub antyspołecznych;
- ogólny syndrom zachowania negatywnego wobec norm społecznych.

W określaniu niedostosowania społecznego konieczne jest uwzględnienie jego mechanizmów i przyczyn. J. K o n o p n i c k i (1971, s. 109–113) wyróżnia trzy grupy przyczyn niedostosowania społecznego:

a) przyczyny tkwiące w środowisku domowym (warunki kulturowe i materialne, atmosfera i stosunek rodziców do siebie, stosunki między dzieckiem i rodzicami oraz jego ogólne „poczucie bezpieczeństwa”);

b) przyczyny tkwiące w środowisku szkolnym (stosunek nauczyciela do dziecka i dziecka do nauczyciela, relacje z innymi dziećmi, opóźnienia i niepowodzenia szkolne);

c) czynniki biologiczne (ulożone w życiu płodowym dziecka, związane z momentem urodzin; organiczne uszkodzenia poporodowe).

Oczywiście nie można pominąć tu czynników makrosocjalnych, ekologicznych i kulturowych.

Literatura przedmiotu obfituje w liczne opisy objawów niedostosowania społecznego młodzieży. Wśród nich są negatywne i nieadekwatne reakcje na wymagania i nakazy zawarte w przypisanych jednostce rolach społecznych, lub inaczej: wskaźnikami nieprzystosowania społecznego są zachowania podważające funkcjonalność układu społecznego, powodujące jego dezorganizację lub bezpośrednio zagrażające społecznie uznanym wartościom.

L. Pytka (2001, s. 91) za cząstkowe wskaźniki niedostosowania społecznego uznaje takie symptomy, jak: notoryczne kłamstwa, wagary, alkoholizowanie się, ucieczki z domów, kradzieże, niekonwencjonalne zachowania seksualne, rozmaite formy agresji antyspołecznej, łącznie z autoagresją. D. Wójcik i Z. Ostriańska (podają za: Lipka, 1977) do podstawowych objawów nieprzystosowania społecznego dzieci i młodzieży zaliczają: systematyczne wagary, spędzanie czasu w sposób niekontrolowany na wielogodzinnym wążsaniu się po ulicach, przebywanie w towarzystwie zdemoralizowanych kolegów, ucieczki z domu, picie alkoholu (stosowanie środków odurzających, branie narkotyków), wandalizm, demoralizacja seksualna oraz kradzieże.

Podobnie J. Konopnicki (1964, s. 38) uważa, iż w miarę zachwiania się równowagi pomiędzy środowiskiem a jednostką występuje zaburzenie w zachowaniu się, które manifestuje się najpierw najłagodniejszymi formami (niepowodzenia w nauce szkolnej, bunt przeciw autorytetom), po czym przechodzi do form ostrzejszych, aby w warunkach szczególnie niepomysłnych doprowadzić do przestępczości lub nerwicy. Do podstawowych manifestacji zaburzeń w zachowaniu się Konopnicki zalicza więc: niepowodzenia w nauce szkolnej, bunt, niezdiscyplinowanie, niestałość emocjonalną, wagarowanie, włóczęgostwo, agresywność, kradzieże, kłamstwa, jękanie się, zaburzenia seksualne oraz inne zaburzenia neurotyczne i nerwice.

Na tej podstawie J. Konopnicki (1964, s. 54–56) opisuje linię rozwojową zaburzeń w zachowaniu się:

- Faza I** – manifestacje w postaci bezpośredniej reakcji na zmianę warunków funkcjonowania (niepowodzenia szkolne, bunt przeciw autorytetowi, niestałość emocjonalna, wagary).
- Faza II** – manifestacje w postaci reakcji bardziej skomplikowanych, „okrężnych”, niezrozumiałych dla otoczenia i nieadekwatnych (agresywność, kłamstwo, kradzieże, włóczęgostwo, apatia, upór, moczenie nocne, jękanie się, zaburzenia seksualne).
- Faza III** – całkowita aspołeczność (chuligaństwo, przestępczość, nerwicowość – konflikt ze środowiskiem).

Według C. Czapówa (1978), istnieją trzy zasadnicze etapy wykojenia społecznego, dające się zidentyfikować na podstawie badań empirycznych i wiedzy teoretycznej, w których podstawowy mechanizm zaburzeń wiąże się z frustracją zaspokajania potrzeb jednostki:

- Stadium pierwsze** – niekontrolowane reakcje emocjonalne i inne zaburzenia funkcjonowania jako konsekwencja niezaspokojonych potrzeb.
- Stadium drugie** – utrwalanie wrogich reakcji na niezaspokojone potrzeby wobec osób socjalizująco znaczących i autorytetów.
- Stadium trzecie** – autonomizowanie się działalności antyspołecznej, czyli proces identyfikacji i przyjmowanie negatywnej tożsamości.

## Ogólne zasady, modele i podejścia metodologiczne w diagnozie niedostosowania społecznego

Prawidłowo dokonane rozpoznanie diagnostyczne jest, oczywiście, niezbywalnym warunkiem właściwego oddziaływania resocjalizacyjnego. J. K o n o p n i c k i (1971, s. 43) twierdzi, iż praktyk ma do swej dyspozycji intuicję, czyli często posługuje się tzw. diagnozą „na oko” – jest sytuacją niedopuszczalną, by w tak ważkich sprawach dotyczących losu jednostki decydowały takie właśnie zawodne kryteria. Intuicja niewątpliwie wykorzystywana jest w procesie diagnozy, jednakże dokonywanie rozpoznania musi podlegać obiektywizacji, czyli musi odbywać się wedle ściśle określonych kryteriów, których winni dostarczyć praktykom naukowcy. Przegląd wypracowanych reguł procesu diagnostycznego w specyficznym dla diagnozy resocjalizacyjnej zakresie stanowi przedmiot tej części opracowania.

Generalną zasadę diagnozy niedostosowania społecznego stanowi konieczność uwzględnienia jej dynamiczności, co oznacza, że rozpoznanie winno obejmować nie tylko przeszłość, ale też bieżące przeżycia, doznania, sytuację jednostki, co w efekcie wiąże się z natychmiastową decyzją w zakresie działań naprawczych o charakterze terapeutyczno-resocjalizacyjnym. Diagnoza taka spełnia funkcje ratownicze, chroni jednostkę przed dalszą możliwością pogłębiającej się destrukcji psychospołecznej (M a k o w s k i, 1994, s. 248).

I. O b u c h o w s k a (1997, s. 6–15) wskazuje, iż dla przeprowadzenia dobrej diagnozy konieczne jest postawienie sobie przez diagnostę niezbywalnych pytań, porządkujących konceptualizację i organizację owego procesu. Wyjściowe pytanie dotyczy charakteru problemu (co jest problemem? jak problem jest usytuowany – jednostkowo czy w otoczeniu?), a to z kolei determinuje zakres diagnozy (pełna, ogólna, szczegółowa, wybiórcza lub różnicowa). Kolejne pytanie związane jest z podmiotem badania (kogo dotyczy diagnoza? jakie dodatkowe cechy pośrednio związane z problemem posiada?), co wiąże się głównie z koniecznością uwzględnienia aspektów etycznych procesu diagnostycznego, a konkretnie dotyczy podmiotowego traktowania osoby badanej (dobrowolność, informowanie o celu, metodach diagnozy, jej wynikach i planowanym działaniu postdiagnostycznym, wybór warunków przebiegu badania). Spełnienie tych warunków wskazuje na konieczność ujmowania procesu poznania w kategoriach diagnozy interakcyjnej (B r z e z i ń s k i, K o w a l i k, 1991). Niezbywalne jest także pytanie o cel diagnozy; udzielenie odpowiedzi na to pytanie pozwala na przyjęcie określonego typu (rodzaju) diagnozy, determinującego przebieg i charakter czynności diagnostycznych, i metody diagnozowania (opisowa, klasyfikacyjna, funkcjonalna, przyczynowa, selekcyjna, typizacyjna, wspierająca, normalizująca, wartościująca). Następne pytanie dotyczy podmiotu badającego, czyli cech osobowych i kom-

petencji kognitywnych (wiedza i doświadczenie), emocjonalnych (inteligencja emocjonalna, empatia, syntonja, mechanizmy obronne) oraz społecznych (autentyczność, wiarygodność, życzliwość, otwartość, budowanie zaufania, komunikacja werbalna i niewerbalna) diagnozy. Nie mniej istotne jest pytanie o przyjęty model diagnozowania, czyli ukierunkowanie diagnozy (np. diagnoza negatywna i pozytywna; O b u c h o w s k a, 1983). Konsekwencją poprzednich etapów konceptualizacji procesu poznania jest pytanie o szczegółowe metody, techniki i narzędzia diagnostyczne wykorzystywane w diagnozie przypadku, co wiąże się z przyjęciem jako wyjściowej zasady ich adekwatności do diagnozowanych problemów (metody testowe – testy psychometryczne, testy projekcyjne lub nietestowe, lub metody kliniczne – kwestionariusze, inwentarze, wywiad, obserwacja, analiza wytworów i dokumentów). Ostatnie pytanie dotyczy czasu i miejsca prowadzenia rozpoznania, związane jest bezpośrednio z etyką postępowania diagnozy, stanowi też czynnik warunkujący rzetelność uzyskanych informacji. Autorka rozwija ten model postępowania diagnostycznego, korelując go jednocześnie z opisem diagnostycznym, charakterystycznym dla diagnozy rozwojowej, której cechą istotową jest niewątpliwie podejmowanie określonych decyzji optymalizujących lub modyfikujących proces rozwojowo-wychowawczy; wymaga to stosowania zasady łączenia diagnozy negatywnej (zaburzenia, słabe strony funkcjonowania) z diagnozą pozytywną (mocne strony funkcjonowania). Zaproponowany schemat dotyczy w tym ujęciu diagnozy wstępnej, gdyż nie uwzględniono w nim konieczności weryfikacji postępowania diagnostycznego i przyjętych na jej podstawie efektów postępowania korekcyjnego. Pełny model diagnozy decyzyjnej, właściwej działalności praktycznej, musi zostać uzupełniony o etap sprawdzania przyjętych hipotez diagnostycznych i hipotez dotyczących postępowania naprawczego.

Schemat diagnozy resocjalizacyjnej, która zawsze ma charakter decyzyjny, można wpisać w ogólny model diagnozy, gdyż obejmuje ona wszystkie aspekty diagnozy pełnej przedstawione w koncepcji S. Z i e m s k i e g o (1973): diagnoza identyfikacyjna (klasyfikacyjno-typologiczna), diagnoza genetyczna (przyczynowa), diagnoza znaczenia (celowościowa diagnoza), fazy i diagnoza prognostyczna. Ponadto można tu twórczo wykorzystać także inne modele, np. model diagnozy psychologicznej, klinicznej w ujęciu np. A. K ę p i ń s k i e g o (1989) – wskazuje się tu trzy niezbywalne elementy struktury tego procesu, opisujące charakter danych, które należy zidentyfikować, ich podstawowe źródła oraz zakres czasowy zbieranych informacji. Pierwszy element w tym modelu to trzy płaszczyzny poznania (biologiczna, psychologiczna i socjologiczna), obejmujące jakość i zakres treściowy informacji, które należy zebrać w procesie diagnostycznym. Kolejny element modelu stanowią trzy perspektywy widzenia (osoby badanej, otoczenia społecznego, diagnozy), które wskazują wszystkie konieczne do uzyskania pełnego obrazu diagnostycznego źródła informacji, co pozwala dodatkowo korelować je ze sobą w celu sprawdzenia ich rzetelności.

Wreszcie ostatni element stanowią w tym modelu dwa przekroje (podłużny: historia i przebieg życia jednostki, oraz poprzeczny: ocena sytuacji, stanu obecnego), w których należy umieścić obszar i zakres poznania diagnostycznego. Trzeba podkreślić, iż wszystkie wyróżnione elementy wzajemnie są ze sobą powiązane – dokonując analizy treściowej poszczególnych płaszczyzn funkcjonowania jednostki, wykorzystuje się dane ze wszystkich dostępnych źródeł informacji oraz lokuje to w perspektywie całej biografii i obecnej sytuacji jednostki; oznacza to uwzględnienie trzech perspektyw czasowych – przeszłości i teraźniejszości, wyznaczającej sposób widzenia przyszłości, czyli możliwości i warunków dalszego rozwoju. Wreszcie należy zaznaczyć, iż w modelu tym bardzo silnie podkreśla się konieczność spojrzenia na jednostkę z jej własnej perspektywy (świat subiektywny) i z perspektywy jej otoczenia społecznego (świat obiektywny), zadaniem diagnosty zaś jest aktywne i twórcze powiązanie uzyskanych informacji w obu aspektach. Przy czym należy to czynić ze świadomością, iż informacje subiektywne mają tu decydujące znaczenie dla wysnuwania wniosków i interpretacji dotyczących mechanizmów zaburzeń (indywidualny odbiór wyznacza siłę oddziaływania, a tym samym mechanizmy zaburzeń). Aktywność diagnosty dotyczy też twórczego korelowania różnych treści, czyli analizy poszczególnych płaszczyzn funkcjonowania jednostki i znajdowania między nimi powiązań, co daje szansę wskazania mechanizmów rozwoju i zaburzeń, specyficznych dla danej indywidualnej sytuacji.

Podsumujmy dotychczasowe rozważania. Diagnoza resocjalizacyjna (decyzyjna, praktyczna) sprowadza się w konkretnym wymiarze do diagnozy nozologicznej (ustalenie jednostki zaburzeń, opis przypadku), diagnozy problemowej (ocena problemów wynikających z zaburzenia lub problemów stanowiących ich źródło), diagnozy projektującej (zakres potrzebnych działań służących zmianie) i diagnozy sprawdzającej efekty podjętych działań (weryfikacja poprzednich etapów diagnozy), które prowadzi się cyklicznie, pogłębiając i korygując obszar zarówno poznania, jak i podejmowanych działań naprawczych.

Na założeniach prakseologicznych został oparty ogólny schemat diagnozy wychowawczej, który może być wykorzystany w diagnozie nieprzystosowania społecznego, stąd model diagnozy resocjalizacyjnej sprowadza się do uwzględnienia w jej strukturze dwóch głównych elementów (Pytka, 1986, s. 41; Pytka, 2001, s. 96):

a) oceny wyjściowej sytuacji wychowawczej badanego podmiotu (diagnoza społeczna, środowiskowa, zewnętrzna), co wyznacza obszar diagnozy w teoretycznej perspektywie zewnętrznej, koncentrującej się na czynnikach determinujących indywidualny rozwój jednostki i sposób wypełniania przez nią nałożonych społecznie ról, wśród których można wyodrębnić czynniki osobowe i środowiskowe;

b) oceny wyjściowego stanu osobowości jednostki (diagnoza indywidualna, wewnętrzna), co wyznacza obszar diagnozy ujmowanej teoretycznie w perspektywie wewnętrznej, skupionej na sposobie funkcjonowania jednostki (cechy indywidualne, pełnienie różnych ról).

Obie perspektywy i oba elementy łączy niewątpliwie wspólny zakres treściowy, jednak analizowany w odmiennych kontekstach – pierwszy odnosi się bardziej do analizy przyczynowej, drugi zaś – do oceny uzyskanych rezultatów.

W funkcjonujących w literaturze przedmiotu modelach diagnozy można wyodrębnić wiele elementów wspólnych, ale i wiele różnic, które usytuowane są w stanowieniu celów szczegółowych, przyjmowanych metodach i technikach diagnozowania. W modelu prakseologicznym, szczególnie przydatnym dla celów diagnozy decyzyjnej, ściśle powiązanej z cyklem planowego działania, wyróżnia się następujące elementy strukturalne – etapy działania: określenie celu działania, planowanie jego toku, pozyskiwanie zasobów, realizacja i kontrola wykonania (Zieleniewski, 1973). W kontekście charakteru tej diagnozy musi ona obejmować następujące, niezbywalne etapy, stanowiące zarazem jej funkcje (Pytk a, 2001, s. 96–97):

1. Diagnoza konstatacyjna, wobec której zachodzi konieczność postępowania reformującego lub korygującego. Faktami tymi mogą być na przykład negatywne reakcje jednostki na wymagania i nakazy pełnienia ról społecznych lub po prostu zaburzenia w jej zachowaniu. Jest to zatem diagnoza stanu, dotycząca pozytywnych i negatywnych jego przejawów, podczas której dokonuje się opisu sytuacji wychowawczej oraz stanu osobowości i walorów intelektualnych. Określa się tutaj rodzaj występujących zaburzeń i dewiacji, mechanizmy psychospołeczne leżące u ich podłoża, udział poszczególnych grup czynników w ich genezie, skutki osobiste i społeczne występujących zaburzeń. W efekcie uzyskuje się możliwie pełny opis istniejącego stanu rzeczy oraz formułuje konkluzję oceniającą, zawierającą decyzję dotyczącą podjęcia działania interwencyjnego lub powstrzymania się od niego. Pamiętać przy tym należy, iż opis zawiera nie tylko negatywne strony zachowania jednostki, ale także jej pozytywne cechy i zachowania oraz pozytywne czynniki tkwiące w środowisku społecznym.

2. Diagnoza projektująca, czyli ukierunkowująca działania wychowawcze, wskazująca potencjalne rozwiązania metodyczne. Polega ona na sformułowaniu szeregu hipotez i postulatów stanowiących podstawę podjęcia decyzji zarówno o kierunku i zakresie planowanych działań naprawczych, jak i o strategiach, procedurach i metodach postępowania korekcyjnego, adekwatnych do problemu (ocena związku pomiędzy rodzajem zaburzeń a przyjętą metodą ich eliminacji). Celem i funkcją tego etapu diagnozy jest optymalizacja działań korekcyjnych, co musi uwzględniać nie tylko specyfikę, nasilenie, genezę,

stadium i tendencje rozwojowe danego zjawiska, ale także środki i możliwości, jakimi dysponuje się aktualnie przy podejmowaniu działań profilaktyczno-wychowawczych. Cel stanowi tu też ocena poziomu ewentualnych strat i zysków przy wyborze określonego rozwiązania.

3. Diagnoza sprawdzająca, weryfikująca prawidłowość uzyskanego obrazu diagnostycznego oraz prawidłowość przyjętych założeń i rozwiązań pozwalających realizować zaplanowane cele, polegająca na ocenie uzyskiwanych efektów po wdrożeniu projektu działania.

Generalnie więc, aby diagnosta-wychowawca mógł dobrać odpowiednie metody i środki postępowania resocjalizującego, powinien: a) rozeznaczyć rodzaj i nasilenie negatywnych zachowań jednostki, czyli zidentyfikować objawy i podjąć próbę dokonania opisu typologicznego niedostosowania społecznego oraz próbę określenia stadium rozwoju zaburzeń, b) określić przyczyny wykoślenia, czyli podstawowe mechanizmy i źródła destruktywnych zachowań – predyspozycyjne, motywacyjne, c) ustalić czynniki, na których można oprzeć proces resocjalizacji, tkwiące zarówno w jednostce, jak i w jej środowisku, czyli wykryć aktywa podopiecznego, tzn. te wszystkie jego wartości, przekonania, zachowania i postawy, które są pozytywne z wychowawczego i społecznego punktu widzenia, oraz te czynniki tkwiące w środowisku o charakterze pozytywnym, do których można nawiązać w procesie resocjalizacji.

Podsumowując, w najprostszym ujęciu na diagnozę składają się klasyfikacja i szczegółowy opis wybranych stanów faktycznych, ich ocena z punktu widzenia istniejących na gruncie danej dyscypliny norm i standardów (fizjologicznych, psychologicznych, pedagogicznych, społecznych) oraz konkluzja działania interwencyjnego lub wstrzymania się od niego. Należy też podkreślić, iż diagnozowanie resocjalizacyjne nie stanowi czynności jednorazowej i autonomicznej, ale jest procesem sprawdzanym w toku działań naprawczych, co wskazuje na cykliczność, cyrkularność (nieskończoność) i dynamizm jako niezbywalne cechy diagnozy resocjalizacyjnej, mającej przy tym wartościujący (odniesienie do normatywów), wieloaspektowy i interdyscyplinarny charakter.

Właściwe postawienie diagnozy nie tylko warunkuje wybór metody postępowania wychowawczo-terapeutycznego, ale również pozwala przewidywać jej skuteczność. Ze względu na sposób formułowania diagnozy wyróżnia się zatem dwa podejścia:

a) podejście zewnętrzne – polega na wykorzystaniu informacji dostarczonych przez tzw. obiektywne metody badania (kwestionariusze, skale postaw), wówczas model zaburzeń opiera się na proponowanych w tych metodach schematach interpretacyjnych;

b) podejście wewnętrzne (fenomenologiczne), opisane przez C.G. Rogersa – korzysta się tu z przekazywanych przez jednostkę informacji, a występujące

u niej zaburzenia interpretuje się z punktu widzenia ich znaczenia dla aktualnego funkcjonowania jednostki.

Oba te podejścia różnią się w zakresie konsekwencji dla wyboru i rozpoczęcia oddziaływań praktycznych. Pierwsze łączy się z podejściem nomotetycznym w wyborze charakteru działań (które statystycznie najczęściej są efektywne), ale zwykle związane jest z faktem podwójnego diagnozowania (przed i w trakcie oddziaływań resocjalizacyjnych). Ponadto diagnoza ma tu charakter procesu zamkniętego. W podejściu wewnętrznym proces diagnozowania ma również walor terapeutyczny, gdyż nie tylko służy zdobyciu informacji, które wykorzystuje diagnosta, ale polega też na stopniowym odkrywaniu przez jednostkę znaczenia jej zaburzeń. Taki model diagnozowania – humanistyczny – można nazwać aktywnym, ponieważ diagnoza prowadzona jest przez jednostkę, służy wzbogacaniu jej doświadczenia, a jednocześnie przynosi efekt terapeutyczny. Jest to zarazem model holistyczny, gdyż umożliwiał integrację doświadczeń emocjonalno-motywacyjnych i poznawczych jednostki, dokonującą się w procesie ciągłym (diagnoza ciągle się staje i wzbogaca) oraz otwartym.

Problem modeli diagnozy mogących mieć zastosowanie w rozpoznaniu niedostosowania społecznego porusza J. T a t a r o w i c z (1996). Twierdzi on, iż najpełniejsze modele diagnozy istnieją w psychologii klinicznej, w której funkcjonuje model diagnozy różnicowej, polegający na stwierdzeniu, czy dany stan rzeczy jest normalny czy patologiczny. Autor wyróżnia także model psychospołeczny diagnozy, w którym „duże znaczenie przypisuje się [...] całości warunków materialnych i społeczno-kulturowych, determinujących przebieg i rezultaty procesu diagnostycznego” (T a t a r o w i c z, 1996, s. 57). W modelu tym zwraca się uwagę na poznanie czterech głównych płaszczyzn życia społecznego wpływających na zachowanie jednostki: ideologicznej, instytucjonalnej, interpersonalnej i podkulturowej. Natomiast K. O s t r o w s k a (1986, s. 18–19) stwierdza, iż dotychczasowy psychiatryczny model diagnozy funkcjonujący w praktyce ma mankamenty, diagnosta bowiem koncentruje się głównie na przeszłości badanego, a nie przywiązuje zbyt wiele uwagi do sytuacji, w jakiej funkcjonuje badana jednostka, oraz pomija te elementy, które mogą wyznaczyć przyszłość. Autorka proponuje funkcjonalny model diagnozy, gdyż w jej opinii zadaniem diagnosty jest ustalenie „przyczyn aktualnego zachowania jednostki poprzez analizę wyraźnie określonych zdarzeń środowiskowych, które mogą być obiektywnie zidentyfikowane i którymi można manipulować w celu zmiany zachowania, postaw, motywacji jednostki przeżywającej problem”. Autorka przyjmuje, że nieprzystosowanie jednostki jest funkcją wadliwie funkcjonującego systemu rodzinnego i społecznego, dlatego też proponuje sporządzenie tzw. mapy problemu (tabela 3), która mogłaby mieć następującą postać (choć każdy diagnosta może sporządzić ją wedle własnego uznania):



Model postępowania diagnostycznego w ujęciu K. Ostrowskiej (1986)

Ujawnione symptomy nieprzystosowania i ich nasilenie (skalowanie)	Źródła – przyczyny i mechanizmy niedostosowania społecznego
<ul style="list-style-type: none"> <li>- systematyczne wagi;</li> <li>- spędzanie czasu w sposób niekontrolowany poza domem;</li> <li>- przebywanie w towarzystwie zdemoralizowanych kolegów;</li> <li>- ucieczki z domu;</li> <li>- picie alkoholu;</li> <li>- wandalizm;</li> <li>- kradzieże;</li> <li>- zażywanie środków uzależniających;</li> <li>- demoralizacja seksualna.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- źródła konfliktowych zaburzeń, tkwiących w samej jednostce (psychofizycznej strukturze jednostki);</li> <li>- źródła konfliktowych zaburzeń tkwiących w środowisku rodzinnym (osobowość rodziców, złe i wadliwe metody wychowawcze, patologia rodziny, odmienność norm moralnych i wzorów realizowania potrzeb psychicznych, społecznych i biologicznych, charakter więzi emocjonalnych w rodzinie, pozycja i status osoby badanej w grupie rodzinnej, realizowany przez rodziców system wartości, poziom socjokultury rodziny, pozycja społeczno-ekonomiczna rodziny w stosunku do innych rodzin z najbliższego i znaczącego otoczenia jednostki);</li> <li>- źródła konfliktowe tkwiące w środowisku szkolnym (pozycja dziecka w szkole, subiektywne odczucie badanego dotyczące potrzeby uczenia się i własnych możliwości, obiektywna ocena możliwości szkolnych dziecka, charakter więzi pomiędzy dzieckiem a nauczycielami, istnienie pozytywnych i negatywnych wzorców osobowych w środowisku szkolnym badanego, system stosowanych kar i nagród, tempo nauczania adekwatne lub nieadekwatne do możliwości ucznia, atrakcyjność pobytu w szkole w stosunku do innych form aktywności);</li> <li>- źródła konfliktowych zaburzeń tkwiących w środowisku rówieśniczym i koleżeńskim dziecka (liczba kolegów mających za sobą sprawy w sądzie lub dokonujących różnych czynów naruszających zasady współżycia, o których badany wie, ale które nie zostały ujawnione, więź emocjonalna z kolegami w klasie i innej grupie odniesienia, wzory zachowań społecznych prezentowane przez rówieśników i innych kolegów, przynależność do grup nieformalnych pozytywnych lub negatywnych, pozycja badanego w grupie koleżeńskej – przywódcza, podporządkowana, partnerska, rola grupy w zaspokajaniu potrzeb: bezpieczeństwa, satysfakcji, uznania, poczucia własnej wartości);</li> <li>- źródła konfliktowych zaburzeń tkwiących w warunkach społeczno-kulturowych i fizycznych (możliwość dostępu do grup, w których można realizować własne upodobania na miarę swoich możliwości, funkcjonowanie kontroli społecznej w środowisku zamieszkania i szkoły badanego, oddziaływanie wspólnot religijnych czy innych organizacji społecznych na danym terenie, rozbudowa infrastruktury kulturalnej na danym terenie); częstość i jakość prowadzonych w szkole zajęć na tematy nurtujące młodzież (dotyczące rozwoju jednostki ludzkiej, roli jednostki w społeczeństwie, zobowiązań społeczeństwa wobec jednostki, zadań człowieka XXI wieku); powszechność i dostępność na danym terenie wzorów zachowań międzyludzkich nacechowanych życzliwością i poszanowaniem drugiego człowieka oraz wzorów nacechowanych agresją, brutalnością, pogardą, nieufnością, itd.</li> </ul>

Punkt wyjścia w diagnozie niedostosowania społecznego stanowi identyfikacja symptomów i ich nasilenia. Symptomy można określić na podstawie parametrów częstotliwości występowania i siły dolegliwości, jakie dane zachowanie sprawia otoczeniu lub jednostce, ogólna ocena nieprzystosowania zaś może być sumą punktów uzyskanych za każdy z występujących symptomów. Szacowanie ogólnego nieprzystosowania może być przeprowadzone przez 2–3 niezależnie od siebie oceniające osoby (sędziowie kompetentni). Następnie dla każdego z ujawnionych symptomów należy określić i zewidencjonować na podstawie uprzednio poczynionych analiz diagnostycznych źródła i mechanizm ich kształtowania się. W procesie diagnostycznym należy także ustalić, często nieliczne, pozytywy (cechy, zachowania, mechanizmy) funkcjonowania jednostki i jej otoczenia społecznego, po to, by móc je wykorzystać w modelu pracy resocjalizacyjnej (Ostrowska, 1986, s. 69–79). Tak przygotowana mapa szczegółowych problemów jest podstawą sformułowania opisowej diagnozy nieprzystosowania społecznego jednostki, co stanowi punkt wyjścia opracowania wielokierunkowego programu oddziaływania modyfikującego zachowanie.

W zakresie rozpoznawania niedostosowania społecznego L. Pytką (1986, s. 97–180) opisał trzy modele diagnozy i zintegrowane z nimi działania korekcyjne (zob. tabela 4). Autor zakłada bowiem, że szczegółowe modele diagnozowania zależne są od przyjmowanych hipotez lub koncepcji na temat istoty niedostosowania społecznego oraz hipotez bądź koncepcji dotyczących charakteru zmian w zakresie przejawianych przez jednostkę zaburzeń, a także możliwości i sposobu ich praktycznej realizacji (metody i techniki zmiany) (Pytką, 1986, s. 94).

W modelu diagnozy behawioralnej zakłada się, iż istotę niedostosowania społecznego stanowią zachowania sprzeczne z istniejącymi normami, szkodliwe dla jednostki lub społeczności. Przedmiotem diagnozy resocjalizacyjnej stają się zatem wyłącznie zachowania, które wiążą się z łamaniem powszechnie obowiązujących norm obyczajowych, moralnych i prawnych (antyspołeczne), a ściślej: związki zachodzące pomiędzy czynnikami uprzednimi (pojmowanymi jako bodźce) a zachowaniami antyspołecznymi (traktowanymi jako reakcje). Wybierając tę możliwość ujęcia diagnostycznego, abstrahuje się od przeszłości i historii życia jednostki, nie analizuje się cech ukrytych, struktur regulacyjnych, np. osobowości jednostki. Model ten opiera się na teorii uczenia się, a więc zasadniczą rolę przypisuje się tu poznaniu mechanizmów warunkowania klasycznego i instrumentalnego w celu ich wykorzystania w wychowaniu resocjalizującym, rozumianym jako manipulacja bodźcami sytuacyjnymi prowadzącymi do wygaszenia niepożądanego reakcji. Wykorzystywaną metodą diagnozowania jest głównie bezpośrednia obserwacja zachowania jednostki, sporządzanie opisu oraz jego dokładna analiza mająca na celu określenie związków bodziec – reakcja. Model ten zakłada ciągłość i systematyczność

## Modele diagnozy niedostosowania społecznego –

Model diagnozy	Założenie i podstawy teoretyczne diagnozy	Przedmiot diagnozy	Zakres i cel diagnozy	Etapy diagnozy
Behavioralny	istotą niedostosowania społecznego jest zachowanie sprzeczne z normami, mające charakter nawykowy, psychologiczna teoria uczenia się	zachowania (objawy) odbiegające od norm i standardów prawnych, moralnych i obyczajowych, zewnętrzne regulatory czynności	poznanie mechanizmów warunkowania klasycznego i instrumentalnego, ustalenie związków pomiędzy bodźcami a reakcjami jednostki	proces ciągły w trakcie oddziaływań resocjalizacyjnych, seria mini badań – bieżący pomiar skuteczności oddziaływań, stała i ciągła weryfikacja diagnozy
Interakcyjny	istotą niedostosowania społecznego jest zaburzony rozwój psychospołeczny jednostki związany z wadliwą interakcją ze środowiskiem społecznym, teoria rozwoju dojrzałości interpersonalnej	stosunki interpersonalne jednostki z innymi ludźmi (przebieg, rozwój, zaburzenia), wewnętrzne regulatory czynności (internalizacja norm, umiejscowienie kontroli, itp.) mechanizmy kształtujące jakość relacji interpersonalnych	określenie przyczyn niedostosowania społecznego: wewnętrznych i społecznych, określenie poziomu rozwoju dojrzałości interpersonalnej i zaklasyfikowanie do określonego typu dewiantywnego, opracowanie indywidualnego programu działania	obserwacja jednostki w kontaktach interpersonalnych, zastosowanie narzędzi do oceny dojrzałości interpersonalnej, interpretacja wyników związana z klasyfikowaniem do określonego typu dewiantywnego, dobór specyficznych zaleceń resocjalizacyjnych zależnych od poziomu i typu dewiacji
Interdyscyplinarny	istota niedostosowania społecznego jest złożona, konieczność przyjęcia perspektywy interdyscyplinarnej (mechanizmy biopsychospołeczne), teoria postaw i ról społecznych oraz mechanizmów biopsychicznych i socjokulturowych	antagonizm destruktywny, który przejawia się w nieadekwatnym funkcjonowaniu w rolach społecznych, niewłaściwych postawach wobec norm i standardów społecznych, co kształtuje się w wyniku kumulacji niekorzystnych czynników rozwojowych, wewnętrzne i zewnętrzne regulatory czynności	całościowy obraz niedostosowania społecznego (objawy, przyczyny, mechanizmy, konsekwencje), identyfikacja postaw antyspołecznych i ich integracja, intensywność zaburzeń, internalizacja przepisów ról pełnionych w kręgach podkulturowych, identyfikacja złożonych biologicznych i psychospołecznych czynników zaburzeń zachowania, charakter działań interwencyjnych	dobór informatorów, analiza dokumentów, zastosowanie skal lub kwestionariuszy, analiza i interpretacja formalna (ilościowa) i nieformalna (jakościowa) – dotycząca identyfikacji postaw antyspołecznych, ich nasilenia, mechanizmów i przyczyn, zalecenia dotyczące działań profilaktyczno-resocjalizacyjnych, podjęcie działań resocjalizacyjnych, weryfikacja obrazu diagnostycznego i skuteczności oddziaływań

Tabela 4

## syntetyczna charakterystyka na podstawie analiz L. Pytki (1986)

Charakter procesu diagnozy – relacja: rozpoznanie – działanie	Metody, techniki i narzędzia diagnozy	Zalety diagnozy	Wady diagnozy
ciągłość i systematyczność procesu poznawania i działania, równoległość procesu diagnostycznego i resocjalizacyjnego	stała i bezpośrednia obserwacja zachowania jednostki w różnych sytuacjach życia codziennego i w trakcie oddziaływań resocjalizacyjnych, techniki psychometryczne (skale, inwentarze) stosowane w sposób ciągły lub cyklicznie	prostota i poprawność metodologiczna, ekonomiczność działania, możliwość stosowania w zróżnicowanych warunkach (uniwersalność), ciągłość procesu diagnostycznego i nierozrwalność z procesem działania	pracochłonność modelu (ciągła weryfikacja), niemożność obserwacji i kontroli wszystkich zachowań wychowanka
diagnoza poprzedza podjęcie oddziaływań resocjalizacyjnych, ściśle powiązanie procesu diagnostycznego i resocjalizacyjnego	metody obserwacyjne (obserwacja ciągła), zastosowanie metod klinicznych (wywiad, rozmowa, analiza treści i wytworów), techniki projekcyjne (testy zdań niedokończonych i inne), wywiad „Poziomy integracji”, Kwestionariusz Jessnesa	ściśle powiązanie procesu diagnostycznego z resocjalizacyjnym, gotowe schematy analizy i interpretacji wyników, ściśle zalecenia co do sposobu i cech osób podejmujących działania resocjalizacyjne, wynikające z dokonanego rozpoznania	mechaniczne zestawienie obrazu diagnostycznego z systemem zaleceń reedukacyjnych, subiektywizm technik stosowanych w diagnozie (głównie projekcyjnych)
diagnoza poprzedza celowe i planowe działanie profilaktyczno-wychowawcze lub resocjalizacyjne, weryfikacja diagnozy i skuteczności oddziaływań profilaktyczno-resocjalizacyjnych	metody kliniczne (wywiad, rozmowa, analiza dokumentów), metody psychometryczne (kwestionariusze, skale) do pomiaru różnych aspektów społecznego funkcjonowania i osobowości, techniki projekcyjne, Skala Niedostosowania Społecznego (SNS) L. Pytki, Arkusz Diagnostyczny D.H. Stotta, Arkusz Obserwacyjny T.M. Achenbacha	wszechstronność modelu, który obejmuje dwa pozostałe, ponieważ przedmiotem analiz są tu zarówno kategorie zachowania, dojrzałości interpersonalnej, jak i socjologiczne ujęcie postaw i ról społecznych, oraz szeroko ujmowane czynniki biopsychiczne i socjokulturowe, wskazanie konkretnych narzędzi (np. SNS), służących do kompleksowej, choć wstępnej diagnozy	brak adekwatnych narzędzi do pomiaru postaw i ról społecznych, model opisuje diagnozę wstępną, powierzchowną, która musi zakładać konieczność pogłębienia rozpoznania diagnostycznego przy zastosowaniu innych narzędzi

procesu diagnozowania adekwatnie do oddziaływań wychowawczo-opiekuńczych. Istotą modelu behawioralnego jest więc wielokrotne korygowanie wszelkich działań o charakterze diagnostycznym i resocjalizacyjnym do momentu uzyskania pożądanych wyników, tzn. oczekiwanej modyfikacji w zachowaniu i jej utrwalenia.

Podstawowe założenie **modelu diagnozy interakcyjnej** to: nieprzystosowanie społeczne stanowi zaburzony rozwój psychospołeczny jednostki, który związany jest z wadliwą interakcją ze środowiskiem społecznym. Przedmiot diagnozy stanowią tu stosunki interpersonalne jednostki z otoczeniem, czyli mniej same zachowania jednostki, bardziej zaś ich psychospołeczne, interpersonalne mechanizmy, kształtujące jakość interakcji zachodzących w kontaktach międzyludzkich. Celem diagnozy jest więc identyfikacja poszczególnych dysfunkcji oraz wyjaśnienie ich znaczenia w adaptacji jednostki i jej zaburzeniach – model diagnozy interakcyjnej ukierunkowany jest na identyfikację różnych przyczyn wadliwego zachowania – etiologii niedostosowania w ujęciu psychologicznym i socjologicznym, czyli z odwołaniem się do różnych mechanizmów regulacyjnych – wewnętrznych i zewnętrznych (społecznych). Koncepcja rozwoju dojrzałości interpersonalnej łączy oba te podejścia, dlatego też w modelu interpersonalnym diagnozy sugeruje się: a) opis charakterystycznych sposobów myślenia, odczuwania i zachowania jednostki w jej kontaktach z otoczeniem, b) określenie poziomu rozwoju dojrzałości interpersonalnej, c) zakwalifikowanie jednostki do określonego podtypu dewiantywnego, oraz d) opracowanie szczegółowego indywidualnego programu oddziaływania resocjalizacyjnego, wynikającego z założeń teorii i uzupełnień wniesionych do niej w wyniku weryfikacji empirycznej. System ten jest integralną częścią teorii rozwoju dojrzałości interpersonalnej, który obejmuje opis podtypów dewiantywnych, tzn. jednostek znajdujących się na jednym z trzech niższych poziomów rozwoju. Dewiantywność dotyczy głównie: sposobu patrzenia na siebie samego i na inne osoby oraz ogólnego sposobu postrzegania świata i nastawienia do niego. Jednostka przechodzi – zgodnie z tą teorią – przez sześć poziomów rozwoju. Na pierwszym charakteryzuje się nieumiejętnością zaspokojenia własnych potrzeb, frustrowaniem ich, co prowadzi do reakcji nerwicowych, zwykle determinując niedostosowanie. Ostatni etap charakteryzuje się ponadprzeciętną zdolnością do postrzegania i rozumienia procesów różnicowania i integracji, jakim człowiek podlega w toku swojego rozwoju. Podczas realizacji programu resocjalizacyjnego ważnym aspektem diagnozy jest ciągła obserwacja i analiza jej wyników. Przy czym obserwacji dokonuje wychowawca w homogenicznych grupach (ze względu na rodzaj problemów – poziom dojrzałości), wyniki realizacji programu resocjalizacyjnego zaś są pomiędzy tymi grupami porównywane w celu wypracowania optymalnych rozwiązań i technik pracy resocjalizacyjnej. Ponieważ każdemu z podtypów wadliwego

przystosowania społecznego odpowiadają określone zalecenia resocjalizacyjne, wystarczy za pomocą odpowiednich narzędzi określić poziom rozwoju jednostki, by podjąć jednocześnie określone oddziaływania wychowawcze.

Uogólniając zatem: w modelu interakcyjnym nieprzystosowanie społeczne rozumiane jest jako zaburzenie rozwoju psychospołecznego, które wyraża się w fiksacji na jednym z wcześniejszych poziomów (stadiów) dojrzałości interpersonalnej.

**Model diagnozy interdyscyplinarnej** wychodzi poza ograniczenia poprzednich modeli, sprowadzających się bądź do analizy stosunków interpersonalnych, bądź tylko do analizy zachowania, co powoduje pominięcie innych aspektów aspołecznego zachowania jednostki i sprawia, że diagnoza jest niepełna i przez to mało wartościowa. W modelu tym nieprzystosowanie społeczne ujmuje się jako swoistego rodzaju antagonizm destruktywny, który przejawia się w zachowaniu, wadliwej integracji postaw i niewłaściwej identyfikacji z rolami społecznymi odgrywanymi w danym systemie społecznym, powodowanymi przez czynniki różnej natury – z tego powodu uwzględnia się w tym modelu metody i wzorce pochodzące z różnych dyscyplin naukowych.

Pierwotną inspirację dla utworzenia modelu diagnozy interdyscyplinarnej stanowi teoria wykołejenia społecznego C. Czaporowa (1978), w której konstruktami teoretycznymi są postawy, role społeczne oraz czynniki etiologiczne określane jako biopsychiczne i socjokulturowe. Wskaźnikami nieprzystosowania społecznego są więc: niewywiązywanie się z funkcji przypisanych własnej roli społecznej, dyssocjałność, asocjałność. Zakłada się, że nieprzystosowanie społeczne jest skutkiem antagonizmu przejawiającego się w sferze ról społecznych i postaw, co ujawnia się w warunkach skumulowania negatywnych czynników biopsychicznych i socjokulturowych, utrudniając jednostce normalny rozwój psychospołeczny. W procesie diagnostycznym przechodzi się od analizy na poziomie konkretnych zachowań do analizy oraz interpretacji na poziomie wskazanych konstruktów teoretycznych. Zakres diagnozy obejmuje więc role społeczne nabywane w procesie socjalizacji, postawy i nastawienia społeczne wraz ze sposobem ich integrowania oraz wszelkie niekorzystne czynniki biopsychiczne i socjokulturowe, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia aspołeczności. W analizie diagnostycznej bada się składniki postaw (nastawienie poznawcze oraz preferencyjne), funkcje postaw (zewnętrzne i wewnętrzne), genezę postaw z punktu widzenia rozwoju biopsychicznego, integrację postaw (przewaga form asymilacyjnych lub akomodacyjnych), składniki ról społecznych (konstruktywne i destruktywne). Analizuje się też funkcje ról w zaspokajaniu potrzeb jednostki i jej grupy odniesienia, genezę ról dominujących z punktu widzenia warunków socjokulturowych, w jakich socjalizowana była jednostka. Diagnosta bada też mechanizmy identyfikacji

z rolami podkulturowymi i dewiantywnymi. Innymi słowy, przedmiotem zainteresowania są w modelu diagnozy interdyscyplinarnej mechanizmy regulacji zachowania się człowieka w danych mu warunkach społecznych. Diagnozowanie w tym modelu opiera się na:

- a) identyfikacji postaw antyspołecznych;
- b) określeniu intensywności postaw antyspołecznych oraz sposobu ich wewnętrznej integracji;
- c) zidentyfikowaniu stopnia wadliwości w funkcjonowaniu w przypisanych jednostce rolach społecznych oraz określeniu poziomu internalizacji przepisów ról społecznych, które odgrywa ona w kręgach podkulturowych;
- d) wskazaniu hipotetycznych czynników zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia konfliktu jednostki z normami społecznymi (dewiacji), np. niekorzystne czynniki rozwojowe typu biopsychicznego i socjokulturowego;
- e) ocenie stwierdzonego stanu rzeczy z punktu widzenia wielkości zagrożenia społecznego stworzonego przez jednostkę i jej środowisko społeczne, w wyniku której formułuje się konkluzję dotyczącą postępowania interwencyjnego lub wstrzymania się od niego.

Czynności te wchodzą w zakres tzw. diagnozy konstatacyjnej, która ma charakter diagnozy wstępnej. W modelu tym diagnosta jest ponadto zobowiązany do wyboru i zaprojektowania adekwatnych do rozpoznania diagnostycznego metod i technik oddziaływania resocjalizacyjnego (diagnoza projektująca). Przy czym trzeba mieć na uwadze, iż prawidłowa i pełna diagnoza nie kończy się sformułowaniem projektu oddziaływania resocjalizacyjnego, ale wymaga jeszcze weryfikacji praktycznej poprzez wdrażanie projektu i określenie skutków zarówno zamierzonych, jak i niezamierzonych, uzyskanych w wyniku oddziaływania. Rozbieżność pomiędzy faktycznymi wynikami resocjalizacji a zamierzonymi stanowi wskazanie dla dokonania przewartościowania (zmian) na poszczególnych etapach procesu diagnostycznego. Brak rozbieżności lub ich nieznaczająca wartość, czyli następowanie zmian w sposobie społecznego przystosowania jednostki, wskazuje, że proces diagnozy i resocjalizacji można uznać za zakończony, co niestety ma miejsce niemal incydentalnie.

Wadą modelu diagnozy interdyscyplinarnej jest brak odpowiednich narzędzi diagnostycznych do pomiaru postaw czy odgrywanych ról społecznych, ponieważ te narzędzia, którymi dysponujemy, uwzględniają tylko wybrane aspekty wykołowania społecznego. W konsekwencji nie możemy zbadać zjawiska niedostosowania społecznego dokładnie, w całości, a jedynie ocenić wybrane elementy, składające się na owo zjawisko. Zaletą tej metody jest zaś wielowymiarowość i interdyscyplinarność, dające możliwość kompleksowego, choć dosyć powierzchownego rozpoznania diagnostycznego, czego przykład stanowi jedna z technik diagnostycznych w założeniach teoretycznych od-

powiadająca temu modelowi – Skala Niedostosowania Społecznego (SNS) L. Pytki (2001), która obejmuje swym zakresem wszystkie ważne wskaźniki, choć niewątpliwie nie ma charakteru wyczerpującego.

## **Podstawowe paradygmaty i strategie oraz metody, techniki i narzędzia wykorzystywane w diagnozie resocjalizacyjnej**

Istotną kwestią diagnozowania niedostosowania społecznego jest także dobór charakteru ogólnego podejścia metodologicznego (paradygmatu), sytuującego rolę i postawy diagnosty oraz charakter wykorzystywanych narzędzi do poznania diagnostycznego, pozwalających zrealizować interwencyjny cel diagnozy. Sprowadzić ten problem można do wyboru jednej z następujących strategii: podejście psychometryczne (ilościowe), podejście opisowe (jakościowe), lub też systematyczne połączenie obu podejść (jakościowo-ilościowe).

W ostatnich dekadach metodologiczne podejścia związane z diagnostyczną i postdiagnostyczną działalnością praktyczną zmieniły nieco swoje ukierunkowanie. Ogromne zafascynowanie klasycznymi, tradycyjnymi – testowymi, ilościowymi metodami diagnozy stało się przyczyną wielu rozczarowań. Doświadczenia praktyków wskazują bowiem na poważne ograniczenia tych metod w wielu zakresach. Dotyczy to zarówno przyjmowania obiektywnych miar cech funkcjonowania indywidualnego jednostki i oceny jej środowiska życia, dalej: rzetelności i trafności testów, skal czy kwestionariuszy pozwalających na ilościowe ujmowanie zjawisk, jak i stałości przyjmowanych kryteriów oceny (norm) w kontekście coraz szybciej postępujących zmian rozwojowych jednostki i zmian w jej otoczeniu. Stwierdzić trzeba, że uzyskane dane liczbowe stanowiące obiektywne wskaźniki pewnych cech (zmiennych) – oprócz niewątpliwej zalety, jaką jest wygoda w ich stosowaniu – mają też wiele wad, a jedną z nich jest z pewnością to, iż pozwalają jedynie na mechanistyczny opis i interpretację zjawisk, których złożoności nie da się przecież sprowadzić do sumowania pojedynczych cech; konieczna jest ich twórcza interpretacja, uwzględniająca zasadę relatywizowania ogólnego znaczenia interpretacyjnego uzależnionego od specyficznego zestawienia poszczególnych symptomów (zasada holizmu poznawczego). Istnieje konieczność indywidualizowania perspektywy diagnostycznej w kontekście nie tylko specyfiki różnorodnych doświadczeń życiowych badanej jednostki, ale także ich specyficznego powiązania, składającego się na zawsze specyficzny obraz indywidualnego funkcjonowania i funkcjonowania otoczenia społecznego. Chcąc sprostać temu zadaniu, dia-



gnosta powinien dane ilościowe uzyskane z metod tzw. obiektywnych uzupełniać informacjami o charakterze jakościowym, pełniącymi najczęściej funkcję ukierunkowującą lub uzupełniającą interpretację ilościową. Można przy tym wskazać dwa charakterystyczne podejścia (stanowiska) diagnosty do podejmowanych przez niego działań: podejście diagnosty-eksperta i podejście diagnosty-badacza (Kelly, 1995). Stanowisko diagnosty-eksperta wiąże się jedynie z dokonywaniem wyboru i posługiwaniem się określonymi technikami, służącymi ocenie poszczególnych zjawisk. Proces diagnozy sprowadza się tu do mechanicznego zestawiania uzyskanych w ten sposób danych, których zakres nie wykracza tym samym poza obowiązujący teoretycznie schemat poznania danego zjawiska. Jest to stanowisko charakterystyczne dla strategii metodologicznej tzw. obiektywnej, ilościowej, czyli psychometrycznej. Natomiast postawa diagnosty-badacza dotyczy twórczego dostosowania metod i technik rozpoznawania do specyfiki sytuacji diagnostycznej, wynika zawsze z indywidualnej konceptualizacji problemu diagnozy, związana jest nawet z tworzeniem nowych procedur, metod, technik i narzędzi. Diagnosta-badacz nastawiony jest też na ciągłą kontrolę przydatności zaprojektowanej strategii diagnostycznej, jej trafności i rzetelności w aspekcie analizowanego problemu, a także na twórcze dokonywanie interpretacji uzyskanych danych, zarówno ilościowych, jak i jakościowych, wedle schematu poznania tworzonego indywidualnie dla rozpatrywanego, zawsze specyficznego „ulożonego” w doświadczeniach jednostkowych problemu.

Oba stanowiska z pewnością nie wykluczają się wzajemnie, różnica zaś wynika głównie z inaczej lokowanej odpowiedzialności za dokonaną diagnozę. W pierwszym przypadku odpowiedzialność lokowana jest na zewnątrz, w obiektywnie przyjętych standardach oceny, subiektywnie związanych jedynie z prawidłowym doбором technik do ocenianych kategorii zjawisk. W drugim przypadku działanie diagnosty wiąże się z przejęciem przezeń całkowitej odpowiedzialności za wykorzystywany schemat poznania, wybór, ewentualną modyfikację lub konstruowanie nowych, adekwatnych do danej sytuacji technik i narzędzi. Nastawienie to pozwala z pewnością z większym prawdopodobieństwem realizować nie tylko selekcyjno-kwalifikującą funkcję diagnozy, ale też jej funkcję modyfikująco-edukacyjną.

Do najważniejszych technik diagnostycznych wykorzystywanych w diagnozie resocjalizacyjnej należą obserwacja, rozmowa i wywiad, ankieta, pomiar socjometryczny i psychologiczny (socjogram, psychodrama, testy, skale, kwestionariusze) (Makowski, 1994, s. 248), czyli ogólnie: zarówno techniki kliniczne, jak i psychometryczne.

**Obserwacja** jest najbardziej powszechnym sposobem gromadzenia informacji diagnostycznych. Rejestrowaniu podlegają tu fakty, nie zaś ich oceny. W kontekście diagnozy resocjalizacyjnej notować należy te fakty, które odnoszą się do zachowania dziecka w różnych sytuacjach (zachowania wobec

kolegów i nauczycieli, respektowanie zaleceń i obowiązujących norm, cechy, takie jak obowiązkowość, punktualność, systematyczność, itp.).

**Rozmowa i wywiad** stanowią równie ważne techniki diagnostyczne (rozmowa dotyczy bezpośrednio wychowanka, wywiad natomiast stosuje się wobec osób trzecich, które mogą dostarczyć informacji o wychowanku). Obie techniki polegają na zadawaniu pytań różnym osobom i wnioskowaniu o jakimś stanie rzeczy na podstawie uzyskanych odpowiedzi. **Ankieta** tym różni się od wywiadu, iż nie wymaga bezpośredniego kontaktu z wychowankiem, który sam pisze odpowiedzi na pytania w niej zawarte. Ankieta ma niewielkie znaczenie w diagnozie przypadku, większe w badaniach o charakterze epidemiologicznym.

**Socjometria** służy do diagnozowania różnych zjawisk grupowych (np. nieformalna struktura grupy, jej spistość). Pozycja społeczna jednostki w grupie może być bowiem podstawą poczynań wychowawczych oraz doboru metod i rodzajów organizowanych sytuacji wychowawczych w zamierzonych działaniach resocjalizacyjnych.

**Metody psychologiczne** służą do badania właściwości psychicznych człowieka, przy czym zalicza się do nich różnego rodzaju testy, skale, kwestionariusze i inwentarze, testy projekcyjne, które są jednak bardzo skomplikowane i wymagają specjalistycznego przygotowania (dlatego też metody te zarezerwowane są głównie dla psychologów). Wychowawcom dostępne są prostsze metody psychologiczne, których konstrukcja oparta jest na budowie szacunkowych skal ocen. W praktyce diagnozowania niedostosowania społecznego skalę ocen stosuje się w następujących przypadkach:

- a) wychowawca obserwuje i natychmiast rejestruje zachowania podopiecznego, ujmując je w pewne kategorie oraz oceniając ich charakter i natężenie;
- b) wychowawca obserwuje określone cechy jednostki w pewnym okresie i w pewnych sytuacjach, a następnie za pomocą skal szacunkowych klasyfikuje i ocenia zaobserwowane cechy;
- c) wychowawca zadaje podopiecznemu różne pytania, których odpowiedzi są skategoryzowane w formie skali ocen;
- d) wychowanek sam wypełnia skalę ocen.

Stosowanie **technik projekcyjnych** jest związane z psychoanalitycznym podejściem do osobowości; techniki te mogą ułatwić postawienie hipotezy o niedostosowaniu społecznym, ale nie można na ich podstawie postawić pewnej diagnozy. Ich użyteczność w sensie ukierunkowania dalszych poszukiwań jest bardzo duża. Do technik projekcyjnych należą np. TAT Murraya, testy niedokończonych zdań, opowiadań, test Rorschacha, techniki rysunkowe i wiele innych (Wysocka, 2005).

**Inwentarze osobowości** są to stosunkowo długie kwestionariusze, w których badana jednostka ma dostarczyć o sobie odpowiednich informacji, określając

je jako charakterystyczne swoje cechy (np. test Eysencka, MMPI) (Wysocka, 2003, s. 426–431).

W literaturze przedmiotu proponuje się diagnostom stosowanie następujących narzędzi pozwalających formułować diagnozę niedostosowania społecznego:

1. **Arkusz diagnostyczny D.H. Stotta** (zob. Konopnicki, 1964, 1971). W badaniu arkuszem Stotta opiniodawcami są wychowawcy i nauczyciele dziecka, którzy muszą posiadać dostateczne przygotowanie psychologiczno-pedagogiczne i znają dziecko na tyle dobrze, aby przypisać mu odpowiednie symptomy ujęte w arkuszu. Na podstawie arkusza można wyłonić rodzaje, stopień niedostosowania oraz zaburzenia w zachowaniu. Arkusz ten pozwala na porównanie danych pochodzących z dwóch różnych okresów i stwierdzenie, czy nastąpiła u dziecka poprawa w zachowaniu, czy też nie. Badanie z wykorzystaniem arkusza Stotta przebiega na dwóch etapach. Na pierwszym z nich (wersja 6 pytań) dokonuje się analizy tego, czy podejrzenie dziecka o niedostosowanie społeczne jest prawdziwe. Na drugim etapie natomiast możliwe jest określenie rodzaju niedostosowania społecznego przejawianego przez dziecko. Zbieranie informacji na tym etapie przebiega na podstawie trzech wersji arkusza, a więc obejmuje trzy możliwości obserwowania dziecka: dziecko w szkole, dziecko w internacie, dziecko w domu.

2. **Arkusz Zachowania się Ucznia B. Markowskiej** (Markowska, Szafrańiec, 1977). Arkusz przeznaczony jest do badania dzieci w wieku od 6–7 do 14 lat, pozwala ocenić trudności i zaburzenia przystosowawcze oraz wstępnie określić typ tych trudności: nadmierną impulsywność i agresję bądź nadmierne zahamowanie. Arkusz składa się z pięciu skal czynnikowych: motywacja do nauki szkolnej, zachowanie się antyspołeczne, przyhamowanie, uspołecznienie i zainteresowania seksualne.

3. **Skala Dojrzałości Społecznej E. Dolla** (Hurtig, Zazzo, 1974). Skala ta służy do pomiaru rozwoju psychospołecznego dzieci w wieku od 5 do 12 lat i składa się z trzech części pozwalających ocenić osiągnięty poziom samodzielności (autonomia – zależność) w różnych sferach życia, rozwój zainteresowań oraz rozwój związków międzyosobowych.

4. **Skala Nieprzystosowania Społecznego L. Pytki** (Pytki, 2001). Skala przeznaczona dla dzieci i młodzieży w wieku od 13 do 17 lat. Umożliwia określenie dominujących u jednostki postaw antyspołecznych oraz wadliwości jej funkcjonowania w rodzinie, w szkole i w grupie rówieśniczej. Pozwala też na ustalenie stopnia kumulacji niekorzystnych czynników biopsychicznych i socjokulturowych oddziałujących na dziecko w jego środowisku. Ma na celu rejestrację różnych kategorii zachowań na podstawie obserwacji dziecka prowadzonej przez rodziców, nauczycieli, wychowawców i kolegów. Pozwala dokonać diagnozy konstatacyjnej, genetycznej i – w ograniczonym zakresie – znaczenia, a także diagnozy prognostycznej zjawiska nieprzystosowania społecznego.

5. **Arkusz Obserwacyjny T.M. Achenbacha** (Achenbach, 1990a, 1990b, 1991a, 1991b, 1991c, 1991d; Achenbach, Edelbrock, 1978; Urban, 2000; Wolańczyk, 2002). Arkusz ten składa się z trzech wersji: dla nauczycieli (TRF), dla rodziców (CBCL) i dla młodzieży (YSR). Dwie pierwsze wersje służą do badania dzieci i młodzieży w wieku od 4 do 18 lat, natomiast trzecia wersja przeznaczona jest dla młodzieży w wieku od 11 do 18 lat. Arkusz pozwala na identyfikację dwóch podstawowych typów zaburzeń w zachowaniu: internalizacyjnych i eksternalizacyjnych, stanowiących podłoże niedostosowania społecznego. Składa się z 8 podskal: wycofanie, symptomy somatyczne, lęki i depresje, problemy społeczne, zaburzenia psychiczne, problemy uwagi, zachowania przestępcze i zachowania agresywne.

6. **Kwestionariusz do oceny specyficznych zaburzeń osobowości** (tzw. Lista Zachowań) M. Radochańskiego (2000). Test ten jest narzędziem do diagnozy psychologicznej zaburzeń osobowości, pozwalającym identyfikować występowanie specyficznych objawów tych zaburzeń w ujęciu klasyfikacji DSM-IV. Test składa się ze 100 twierdzeń (itemów) opisujących zachowania lub cechy charakterystyczne dla następujących typów zaburzeń: osobowości antyspołeczna, paranoidalna, schizoidalna, schizotypowa, typu *borderline*, histrioniczna, narcystyczna, unikająca, zależna i obsesyjno-kompulsyjna.

7. **Skala Wykolejenia** (*Self-reported Delinquency Scales*) w tłumaczeniu M. Radochańskiego (2000). Skala ta skonstruowana została w celu pomiaru częstotliwości dokonywania takich wykroczeń, jak: ataki na inne osoby, wandalizm i kradzież w okresie małoletniości. Skala Wykolejenia służy do pomiaru intensywności objawów niedostosowania społecznego w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości. Pozwala ocenić ogólny poziom wykolejenia społecznego oraz poziom w poszczególnych typach wykolejenia.

8. **Karta Stopnia Uspołecznienia Bridges** (KSUB). Karta ta w układzie J. Konopnickiego (Kuberska-Gaca, Gaca, 1986) jest narzędziem badającym zachowanie dziecka w relacjach interpersonalnych, jego zdolność do współpracy, przestrzegania zasad zabawy, gotowość do nawiązywania kontaktów.

9. **Kwestionariusz A-R K. Ostrowskiej** (2002). Kwestionariusz ten składa się z trzech skal: ataku, bezwzględności i rezygnacji, mogących służyć jako podstawa oceny utrwalonej tendencji w zakresie sposobu radzenia sobie jednostki niedostosowanej społecznie w sytuacjach frustracji jej podstawowych potrzeb.

Swoistą koncepcję diagnozy przedstawił S. Turlej (1975). Jego zdaniem diagnoza aspołeczności powinna opierać się na obserwacji spontanicznego zachowania się dzieci i młodzieży w różnych sytuacjach życiowych; szczególną uwagę należy tu zwrócić na przejawy niedostosowania społecznego (chłód uczuciowy, wrogość, agresję, negatywny stosunek do obowiązków, demoraliz-

zacje). S. Turlej wymienia kilka metod, którymi posługujemy się, aby zebrać odpowiednie informacje o nieletnim w celu postawienia uzasadnionej diagnozy:

1. Obserwacja spontanicznego zachowania się dzieci i młodzieży w różnych sytuacjach życiowych – dla celów obserwacji opracowany został *Przewodnik skalowy do obserwacji*, uwzględniający przejawy chłodu uczuciowego, agresji wroziej i otwartej, przejawy negatywnego stosunku do obowiązków oraz wadliwej oceny jednostki, dotyczącej społecznego zachowania się innych ludzi. Przewodnik akcentuje głównie odchylenia od normy w zachowaniu się uczniów, wynikające z zakłócenia uczuciowości, jako że czynnik uczuciowy ma doniosłe znaczenie w strukturze stosunków osobowych. Ustalenia w zakresie uwzględnionych w przewodniku odchyień w zachowaniu nieletnich mogą być źródłem informacji o poziomie przystosowania się nieletniego do szkoły.

2. Wywiad – do postawienia prawidłowej i uzasadnionej diagnozy niezbędne jest poznanie środowiska wychowawczego dziecka niedostosowanego społecznie. Poznanie środowiska może przebiegać głównie za pomocą wywiadu środowiskowego. Podstawą każdego wywiadu powinien być odpowiednio opracowany kwestionariusz, uwzględniający celowo dobrane pytania, na które mają odpowiadać rodzice lub opiekunowie, a nawet samo dziecko. Prezentowany przez Turleja Kwestionariusz Wywiadu Środowiskowego uwzględnia tylko te czynniki, których znajomość jest konieczna przy ustalaniu stopnia aspołeczności i głównych przyczyn tego zjawiska. Kwestionariusz składa się z dwóch części: z opisu środowiska wychowawczego oraz opisu historii życia nieletniego. Obejmuje informacje dotyczące: przebiegu ciąży matki dziecka, porodu, przebytych chorób dziecka, doznanych urazów, aktualnego stanu zdrowia, rozwoju fizycznego i psychicznego, kariery szkolnej i zawodowej, kontaktów z rówieśnikami, z rodzeństwem, z rodzicami, zachowania w domu i poza domem, trudności wychowawczych, dotychczasowej działalności przestępczej i jej przyczyn, osobowości nieletniego, itp. Zdobyta na tej podstawie wiedza jest konieczna do ustalenia głównych przyczyn aspołeczności dziecka.

3. Testy osobowości – autor opracował i znormalizował testy służące do wykrywania niektórych negatywnych tendencji psychicznych, stanowiących przejaw aspołeczności jednostki, np. testy do wykrywania:

- a) tendencji do chłodnego uczuciowego reagowania (TSU);
- b) tendencji do agresywnego reagowania (TSA);
- c) tendencji do przejawiania negatywnego stosunku do obowiązków i zadań (FTT);
- d) tendencji do wyrażania wadliwej oceny dotyczącej społecznego zachowania innych ludzi (TSM).

Testy TSU i TSA mają charakter projekcyjny, odbywają się z wykorzystaniem zestawów 10 fotografii zwierząt i twarzy osób, wyrażających pozytywne

i negatywne cechy. Osoba badana przy wyborze fotografii i określaniu ich jako przyjemnych lub nieprzyjemnych rzutuje nań swój własny typ, ponieważ dane zwierzę lub postać odpowiada jej strukturze wyobraźniowej i uczuciowej. Zatem uznanie fotografii o zabarwieniu treściowo negatywnym za pozytywną ma świadczyć o tendencji do chłodnego uczuciowego reagowania w przypadku TSU lub o tendencji do agresywnego reagowania w przypadku TSA.

Do badania poziomu motywacji oraz stosunku do obowiązków i zadań służy – skonstruowany przez Ch. Bühler i K. Mandeville – Test Pięciu Zadań Manualnych (FTT), należący do grupy testów projekcyjnych, wykonawczych. Zdaniem S. Turleja test ten jest bardzo dobrym narzędziem pomiaru poziomu motywacji do podejmowania aktywności zgodnej z interesem społecznym.

W celu wyjaśnienia przyczyn oraz stopnia aspołeczności młodych ludzi należy ustalić ich możliwości w zakresie odzwierciedlania wartości akceptowanych lub negowanych przez społeczeństwo i znajomość norm obowiązujących w społeczeństwie. Możliwości przejawiają się m.in. w sposobie reagowania jednostki na zachowania innych ludzi niezgodne z obowiązującymi normami oraz w ocenie takiego zachowania. Skonstruowany przez Turleja test TSM zawiera 18 celowo dobranych obrazków, przedstawiających określone sytuacje, ukazujące zachowania innych ludzi przejawiających chłód uczuciowy, agresję fizyczną lub werbalną oraz negatywny stosunek do obowiązków. Badanie testem TSM stanowi uzupełnienie obrazu osobowości jednostki niedostosowanej społecznie. Sposób interpretacji zachowania innych ludzi, ocena ich aspołecznego zachowania jest miernikiem rozwoju społeczno-moralnego osoby badanej.

Wszystkie wymienione techniki i narzędzia diagnostyczne umożliwiają sporządzenie studium przypadku osoby niedostosowanej społecznie, stworzenie tzw. indywidualnej metody wychowawczej, na którą składają się takie elementy, jak:

a) możliwie pełna diagnoza społecznego i wychowawczego problemu jednostki objętej procesem resocjalizacji;

b) wyjaśnienie i oszacowanie pod względem wychowawczym wyjściowego i perspektywicznego stanu sytuacji życiowej wychowanków niedostosowanych społecznie;

c) zaprojektowanie profilu resocjalizacji wychowanków niedostosowanych społecznie na podstawie diagnozy i oszacowania sytuacji osobniczej.

W diagnozie resocjalizacyjnej ważne jest przyjęcie określonej koncepcji zjawiska, adekwatnych doń założeń metodologicznych (obszary i zakres rozpoznania), a także założeń metodycznych (działanie resocjalizacyjne), które w efekcie muszą podlegać weryfikacji (sprawdzenie obrazu diagnostycznego przez obraz zmian w jednostce).

## Bibliografia

- Achenbach T.M., 1990a: *Young Adult Behavior Checklist*. [University of Vermont, Department of Psychiatry], Burlington.
- Achenbach T.M., 1990b: *Young Adult Self-Report*. [University of Vermont, Department of Psychiatry], Burlington.
- Achenbach T.M., 1991a: *Integrative guide for the 1991-CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles*. [University of Vermont, Department of Psychiatry], Burlington.
- Achenbach T.M., 1991b: *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. [University of Vermont], Burlington.
- Achenbach T.M., 1991c: *Manual for the Teacher's Form and 1991 Profile*. [University of Vermont, Department of Psychiatry], Burlington.
- Achenbach T.M., 1991d: *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. [University of Vermont], Burlington.
- Achenbach T.M., Edelbrock C., 1978: *The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts*. „Psychological Bulletin”, Vol. 85.
- Bielicki E., 1982: *Wybrane problemy patologii przystosowania społecznego i pedagogiki resocjalizacyjnej*. Bydgoszcz.
- Brzeziński J., Kowalik S., 1991: *Spoleczne uwarunkowania diagnozy klinicznej*. W: *Spoleczna psychologia kliniczna*. Red. H. Sęk. Warszawa.
- Czapów C., 1978: *Wychowanie resocjalizujące. Elementy metodyki i diagnostyki*. Warszawa.
- Hilgard E.R., 1972: *Wprowadzenie do psychologii*. Tłum. J. Radzicki. Warszawa.
- Hurtig M.-C., Zazzo R., 1974: *Pomiar rozwoju psychospołecznego*. W: *Metody psychologicznego badania dziecka*. Red. R. Zazzo. Warszawa.
- Jackowska E., 1977: *Wychowawcze funkcjonowanie rodziny dziecka przystosowanego społecznie*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 4.
- Jaworowska A., 1982: *Rodzina a przystosowanie społeczne dziecka*. W: *Materiały do nauczania psychologii*. Red. L. Wołoszynowa. Seria 2. T. 9. Warszawa.
- Jenkins R., 1957: *Motivation and frustration in delinquency*. „American Journal of Orthopsychiatry”, No. 3 (27).
- Kelly E.L., 1995: *Diagnostowanie w psychologii – sytuacja obecna i perspektywy*. W: *Testowanie a ocena kliniczna. Wybrane problemy*. Wybór i red. W.J. Paluchowski. Warszawa.
- Kępiński A., 1989: *Poznanie chorego*. Warszawa.
- Klus D., 1989: *Aktywność jako kryterium przystosowania społeczno-osobowego dzieci – założenia teoretyczne*. W: *Warunki i formy aktywności dzieci w wychowaniu przedszkolnym*. Red. W. Hajnicz. Olsztyn.
- Klus-Stańska D., 1994: *Adaptacja szkolna siedmiolatek*. Olsztyn.
- Konopnicki J., 1964: *Zaburzenia w zachowaniu się dzieci i środowisko*. Warszawa.
- Konopnicki J., 1971: *Niedostosowanie społeczne*. Warszawa.
- Kuberska-Gaca K., Gaca A., 1986: *Profilaktyka niedostosowania społecznego w szkole*. Warszawa.
- Lipka M., 1977: *Zjawiska patologii społecznej wśród młodzieży*. Warszawa.
- Lubowiecka J., 2000: *Przystosowanie psychospołeczne dziecka do przedszkola*. Warszawa.
- Makowski A., 1994: *Niedostosowanie społeczne młodzieży i jej resocjalizacja*. Warszawa.
- Markowska B., Szafraniec H., 1977: *Podręcznik do „Arkusza Zachowania się Ucznia”*. W: *Testy psychologiczne w poradnictwie wychowawczo-zawodowym*. Red. M. Chynowski i in. Warszawa.
- Noyes A.P., Kolb L.C., 1969: *Nowoczesna psychiatria kliniczna*. Warszawa.

- Obuchowska I., 1983: *Dynamika nerwic. Psychologiczne problemy zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*. Warszawa.
- Obuchowska I., 1997: *Diagnoza psychologiczna w poradniach psychologiczno-pedagogicznych*. „Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego”, nr 2.
- Ostrowska K., 1986: *Diagnozowanie psychologiczne nieprzystosowania społecznego dzieci i młodzieży*. W: K. Ostrowska, E. Milewska: *Diagnozowanie psychologiczne w kryminologii*. Warszawa.
- Ostrowska K., 2002: *Kwestionariusz A-R. Podręcznik*. Warszawa.
- Ostrowska K., Milewska E., 1986: *Diagnozowanie psychologiczne w kryminologii*. Warszawa.
- Pospiszył K., Żabczyńska E., 1985: *Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie*. Warszawa.
- Pytka L., 1986: *Teoretyczne problemy diagnozy w wychowaniu resocjalizującym*. Warszawa.
- Pytka L., 2001: *Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*. Warszawa.
- Radochoński M., 2000: *Osobowość antyspołeczna. Geneza, rozwój i obraz kliniczny*. Rzeszów.
- Sanocki W., 1978: *Koncepcja normy w psychologii klinicznej*. Gdańsk.
- Sechrest L., Wallace J., 1967: *Psychology and human problems*. Ohio.
- Seyle H., 1960: *Stres życia*. Warszawa.
- Stankowski A., 1991: *Negatywizm szkolny młodzieży niedostosowanej społecznie. Przyczyny. Profilaktyka*. Katowice.
- Sullivan C.E., Grant M.Q., 1957: *The development of interpersonal maturity: applications to delinquency*. „Psychiatry”, No. 20.
- Tatarowicz J., 1996: *Problematyka i modele diagnozy nieprzystosowania społecznego dzieci i młodzieży*. „Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego”, nr 2.
- Turlej S., 1975: *Diagnostyka skrajnej aspołeczności młodzieży*. Katowice.
- Urban B., 2000: *Zaburzenia w zachowaniu i przestępczość młodzieży*. Kraków.
- Wojciechowska L., 1984: *Oddziaływanie wychowawcze rozwiedzionych matek a przystosowanie społeczne ich dzieci*. W: *Materiały do nauczania psychologii*. Red. L. Wołoszynowa. Seria 2. T. 11. Warszawa.
- Wolańczyk T., 2002: *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*. Warszawa.
- Wysocka E., 2003: *Inwentarz (kwestionariusz) osobowości*. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Red. T. Pilch. T. 2. Warszawa.
- Wysocka E., 2005: *Rysunek Rodziny*. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Red. T. Pilch. T. 4. Warszawa.
- Zieleniewski J., 1973: *O problemach dobrej diagnozy*. Warszawa.
- Ziemski S., 1973: *Problemy dobrej diagnozy*. Warszawa.