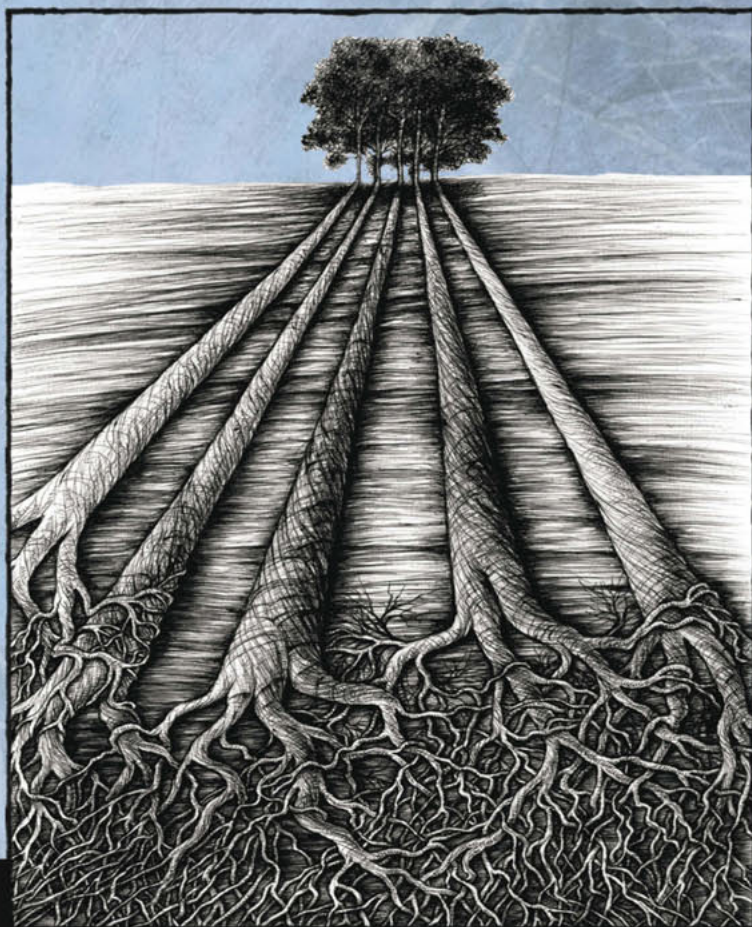


Ewa Wysocka

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.

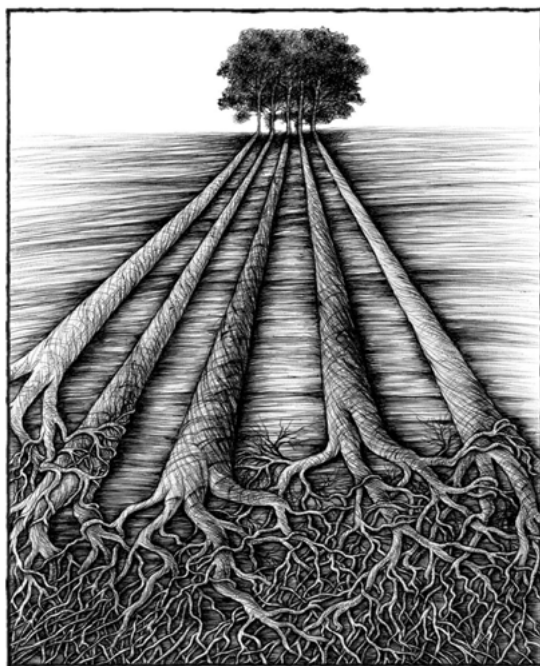
(Giddens 2004: 53)



Ewa Wysocka

Diagnoza pozytywna w resocjalizacji

Model teoretyczny i metodologiczny



Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego • Katowice 2015

[Kup książkę](#)

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 stosuję terminy: „niedostosowanie społeczne” i „nieprzystosowanie społeczne”, które w literaturze przedmiotu są różnie definiowane, często też nie dokonuje się ich jednoznacznego różnicowania. Przyjmuję, 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, eds. 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 Aarona Antonowsky’ego (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 węż proces postdiagnostyczny, związany z działaniem ukierunkowanym na zmianę — w ujęciu transwersalnym (M a r y n o w i c z - H e t k a 2006). Wskazują one także ogólnie przedmiot diagnozy, a więc różnie ujmowane warunki decydujące o procesie „stawiania się jednostki ludzkiej”, a konkretnie problemy jej rozwoju, czyli rozwój biopsychiczny w pełnym cyklu życia w sensie przyrodniczym, kulturowym i osobowym (S c h u l z 2004: 117, za: M a r y n o w i c z - H e t k a 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 (S e l i g m a n 1975, 1996, 2002, 2004; A r g y l e 2004; C z a p i ń s k i 2004 a, b; C a r r 2009;) i resocjalizacji pozytywnej (O s t r o w s k a 2008, 2010), skoncentrowanej na kreacji i resocjalizacji twórczej (K o n o p c z y ń s k i 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 (K o z i e l e c k i 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.

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
Gałdowa 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

Hammarskjöld 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

Kołołó 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
Łuczyński 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
Mądrycki 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
Ojrzynska Małgorzata 200
Olejniak 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
Płopa 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
- aprobaty 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/rozkładowe 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 spon-taniczna 86—87
- dezintegracja wielopoziomowa usy-stematyzowana 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
 - samoponizające 109, 125
- rodzaje 118—125
 - arbitralne wnioskowanie 123
 - czytanie w myślach 124
 - egocentryzm 120
 - emocjonalne uzasadnienia 124
 - etykietowanie 124
 - falszywa 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
 - samoocena 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
 - allokacji 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 „stawiania 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
 - koncepte 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
 - koncepte 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
 - koncepta A. Ellisa 148, 150
 - koncepta A. Becka 150–151
 - koncepta 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

sprężenie 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

Summary

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 autcreation 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 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 Dyrszka

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

Wydanie I. Ark. druk. 14,5 Ark. wyd. 14,0
Papier offset kl. III, 90 g. Cena 30 zł (+ VAT)

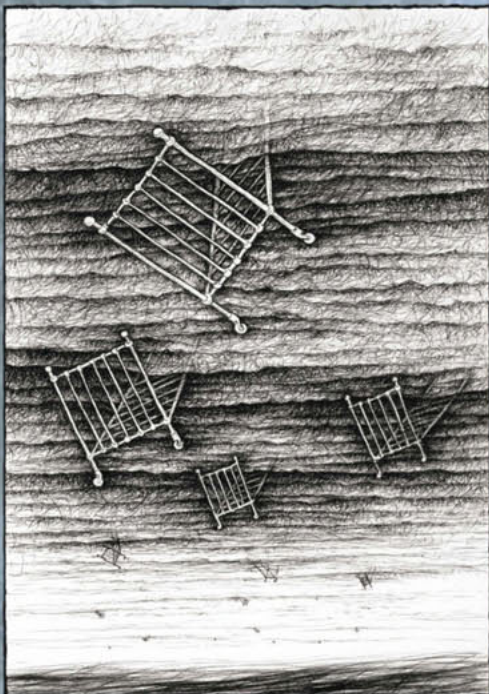
Druk i oprawa:
EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek Spółka Jawna
ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek

[Kup książkę](#)

Ewa Wysocka

Diagnoza pozytywna w resocjalizacji

Model teoretyczny i metodologiczny



Więcej o książce



CENA 30 ZŁ
(+ VAT)

ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-8012-730-2

[Kup książkę](#)

