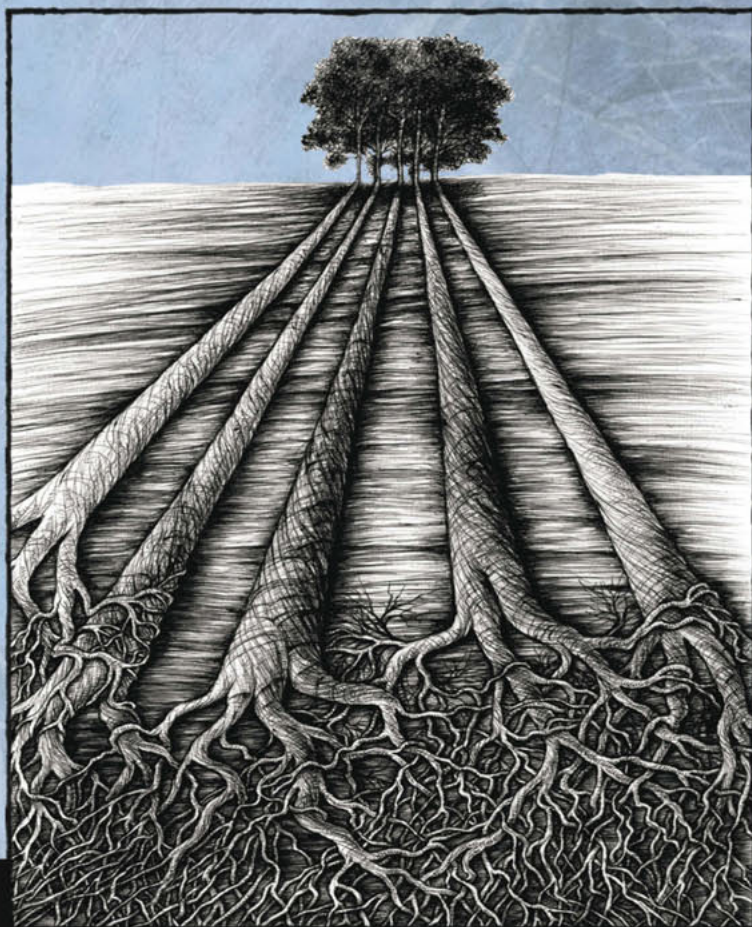


Ewa Wysocka

# Diagnoza pozytywna w resocjalizacji

Model teoretyczny i metodologiczny



WYDAWNICTWO  
UNIwersYTETU ŚLĄSKIEGO  
KATOWICE 2015

# Diagnoza pozytywna w resocjalizacji

Model teoretyczny i metodologiczny

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

(Giddens 2004: 53)

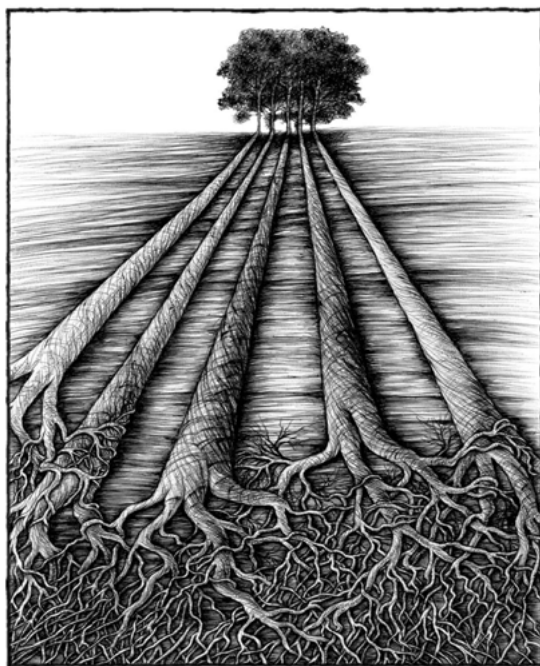


NR 3370

Ewa Wysocka

# Diagnoza pozytywna w resocjalizacji

Model teoretyczny i metodologiczny



Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego • Katowice 2015

Redaktor serii: Pedagogika  
Ewa Wysocka

Recenzent  
Jerzy Nikitorowicz

# Spis treści

Wstęp . . . . .	9
ROZDZIAŁ 1.	
<b>Diagnoza pozytywna i negatywna w resocjalizacji – ogólne założenia teoretyczne . . . . .</b>	<b>13</b>
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.

<b>Diagnoza pozytywna i negatywna w resocjalizacji – konkretyzacja założeń teoretycznych i metodologicznych . . . . .</b>	<b>75</b>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

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
<b>Refleksja na zakończenie . . . . .</b>	<b>179</b>
<b>Bibliografia . . . . .</b>	<b>183</b>
<b>Wykaz schematów i tabel . . . . .</b>	<b>205</b>
<b>Indeks nazwisk . . . . .</b>	<b>207</b>
<b>Indeks rzeczowy . . . . .</b>	<b>213</b>
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 pogłębiana, a metody działania podlegają modyfikacji w trakcie procesu resocjalizacji, zależnie od dokonującego się w sposób ciągły procesu poznawania jednostki nieprzystosowanej/niedostosowanej<sup>1</sup> społecznie.

---

<sup>1</sup> 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 reinterpreteruje, 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 w siebie 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 wpływowi 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  
Grzeźołowska-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  
Karuz Jurgis 60, 186  
Kaufmann Jean-Claude 10, 193  
Kazmierczak 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  
Kołoło 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  
Ojrzyńska Małgorzata 200  
Olejnik Marian 184  
Oleś Piotr K. 111, 112, 113, 115, 152, 197  
Oparska Natasza 184  
Opora Robert 42, 43, 118, 123, 198  
Orski Marek 199  
Ostafińska-Molik Barbara 19, 116, 151, 198, 204  
Ostaszewski Krzysztof 10, 42, 43, 186, 196, 198  
Ostrowska Krystyna 11, 15, 38, 66, 67, 70, 82, 85, 198  
Otrębska-Popiołek Katarzyna 177, 198

**P**

Paluchowski Władysław J. 168, 177, 198  
Pańków Marcin 183  
Pervin Lawrence A. 89, 94, 111, 125,  
195, 199  
Pestalozzi Jan H. 31  
Pilch Tadeusz 194, 196, 197, 203  
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/rozwojowe 125
- społeczno-kulturowe 125–126
- środowiskowe 125–126
- wewnętrzne 126, 155
- zewnętrzne 126, 155

## D

- decentracja poznawcza, zasada 36, 173–174
- dezintegracja pozytywna 85, 126
- dezintegracja jednopoziomowa/jedno-kierunkowa 86
- dezintegracja wielopoziomowa 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  
 samoponiżające 109, 125  
 rodzaje 118–125  
 arbitralne wnioskowanie 123  
 czytanie w myślach 124  
 egocentryzm 120  
 emocjonalne uzasadnienia 124  
 etykietowanie 124  
 fałszywa zgodność 123, 124  
 fatalizm 120, 121  
 imperatywy powinnościowe 124  
 minimalizowanie pozytywów i maksymalizowanie negatywów 123  
 myślenie „czarno-białe”/dychotomiczne 123  
 nadmierna generalizacja/uogólnianie 123  
 niesprawiedliwe porównania 124  
 obwinianie innych 120, 121  
 personalizacja 123, 124  
 umniejszanie/zmiana znaczenia 120, 121  
 zakotwiczenie 123  
 mechanizmy poznawcze rozwoju 92  
 konstruowanie własnej przyszłości 93–96  
 heurystyki symulacji obrazu życia 94  
 defensywny pesymizm 96  
 nierealistyczny optymizm 96  
 optymistyczne oczekiwania 94–95  
 strategie samoutrudniania 95–96  
 konstruowanie własnej przeszłości 97–100  
 atrybucja wewnętrzna i zewnętrzna 97, 98  
 modyfikowanie zapisu pamięciowego 97  
 myślenie kontrfaktyczne 100  
 porównania społeczne 99–100  
 styl eksplanacyjny optymistyczny *vs.* pesymistyczny 98  
 technika autonarracji 100  
 uzasadnianie i usprawiedliwianie własnego zachowania 98–99  
 konstruowanie obrazu siebie 101  
 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  
 alokacji dóbr (sprawiedliwa *vs.* niesprawiedliwa) 105–106  
 autostygmatyzacji 105

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

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

S u m m a r y

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

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

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

The proposed approach situates the diagnostic process in the paradigm of positive psychology and positive resocialization, basic to human cognition, which focus on 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](http://www.wydawnictwo.us.edu.pl)  
[e-mail:wydawus@us.edu.pl](mailto:wydawus@us.edu.pl)

---

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

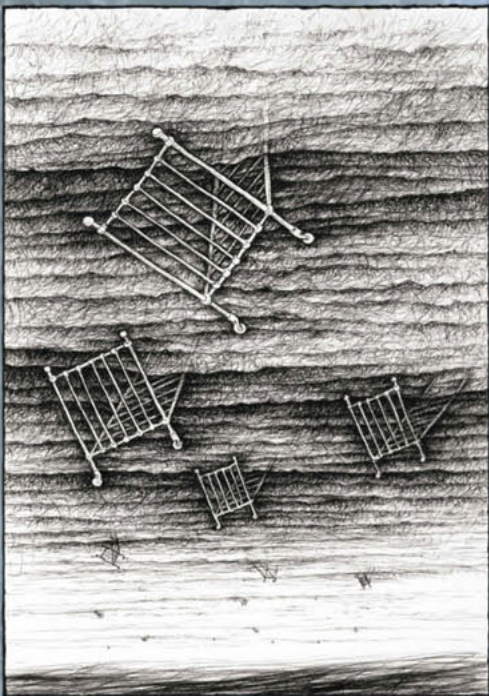
---

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

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

