

EWA WYSOCKA

Politechnika Śląska w Gliwicach

ORCID 0000-0003-0298-3234

## DIAGNOZA W RESOCJALIZACJI – PERSPEKTYWY POZYTYWNA VS. NEGATYWNA, TEORIA VS. PRAKTYKA DIAGNOZOWANIA

*Do każdego prowadzi jakaś droga,  
trzeba tylko ją znaleźć.*

**Streszczenie:** W opracowaniu autorka przedstawia model teoretyczny i metodologiczny diagnozy w resocjalizacji. W kolejnych akapitach artykułu dokonano analizy założeń teoretycznych: (1) resocjalizacji pozytywnej oraz (2) diagnozy pozytywnej na potrzeby resocjalizacji (*resilience*, salutogeneza, koncepcja poznawcza diagnozy, teoria osobowości Seymoura Epsteina). Wskazano i opisano główne obszary diagnozy: nastawienia intrapersonalne, interpersonalne, wobec świata i wobec własnego życia, a także główne elementy procesu diagnozy w ujęciu pozytywnym i negatywnym (model komplementarny).

**Słowa kluczowe:** diagnoza w resocjalizacji, modele diagnozy pozytywnej i negatywnej, salutogeneza, patogeneza, poznawcza koncepcja osobowości

### WPROWADZENIE

Słowa M. Kay Harris (2005, s. 317): „Nikt nie może cię zrehabilitować, sam siebie rehabilitujesz”, stanowią dla mnie od dawna inspirację w analizach dotyczących resocjalizacji pozytywnej, a w jej ramach diagnozy na potrzeby resocjalizacji. Początkowe odczytanie ich znaczenia było jednak inne niż sposób, w jaki rozumiem je dzisiaj. Słowa te wpisują się i mogą stanowić podstawę rozwijania nurtu resocjalizacji pozytywnej, bazującej na diagnozie potencjałów, które jednostka może wykorzystać w procesie zmiany, jednak nie bez zastrzeżeń. Rozumiejąc bowiem

proces resocjalizacji jako proces wewnętrznej przemiany jednostki, rzeczywiście musimy uznać, że może to zrobić jedynie ona sama. Jednak w działaniach tych potrzebuje wsparcia takiego, jakie proponuje się w modelu kompensacyjnym pomocy. Istotą tego modelu jest dostarczanie jednostce możliwości i warunków stanowiących podłoże zmiany, której może dokonać, wykorzystując je w sposób konstruktywny, czyli stosując strategie radzenia sobie oparte na własnych, odkrytych przez siebie potencjałach. W tym ujęciu musimy zatem przyjąć jako podstawę działań resocjalizujących perspektywę diagnozy komplementarnej, w której ocenie podlegają jednak głównie potencjały jednostki niedostosowanej społecznie (model diagnozy pozytywnej, model dobrego życia), ale tylko wspomagane jest to diagnozą jej deficytów rozwojowych (model diagnozy negatywnej, model ryzyka).

Zadając sobie pytanie o model działania resocjalizującego, oparty o założenia modelu salutogenezy czy patogenezy, musimy przyjąć założenie o priorytetowości pierwszego modelu i uzupełniających funkcjach drugiego. Wpisuje się to w myślenie o działaniach resocjalizujących w klasycznym modelu zaproponowanym przez nestora resocjalizacji polskiej, Czesława Czapówa (1980), który wyodrębnił: działania semiotropowe (nurt behawioralny), etiotropowe (nurt psychoanalityczny) i ergotropowe (nurt psychologii pozytywnej, humanistycznej, personalizmu). Przypomnijmy też, w jaki sposób strukturalizował owe działania, proponując nowatorskie, ale przez lata zaniedbane w ich rozwijaniu, zasady porządkujące działania resocjalizujące. Uznał bowiem za priorytetowe działania ergotropowe, związane z uczynnianiem potencjałów jednostki (wcześniej odkrytych – diagnoza pozytywna) w procesie zmiany, za jedynie uzupełniające działania etiotropowe, związane z eliminacją źródeł zaburzeń (wcześniej zidentyfikowanych – diagnoza negatywna), zaś za najmniej istotne dla procesu zmiany uznał działania semiotropowe, związane z bezpośrednią eliminacją symptomów zaburzeń (wcześniej zidentyfikowanych – diagnoza negatywna). Klasyczny model zaproponowany przez Czapówa może być wykorzystany we współczesnym myśleniu o resocjalizacji i diagnozie pozytywnej realizowanej na jej potrzeby. Wiemy, że wstępna diagnoza (komplementarna) stanowi podstawę projektowania działań resocjalizujących (służących zmianie), które nie są oparte na modelu restrykcyjno-eliminującym, ale na modelu kreatywno-eliminującym. Wskazuje to na konieczność przyjęcia rozwiązań modelowych i narzędzi diagnostycznych możliwych do zastosowania w resocjalizacji o nachyleniu pozytywnym, gdzie działania kreatywne, twórcze, stanowią podstawę zmiany, zaś wspomagane są jedynie przez działania eliminujące, służą jednie tworzeniu warunków wspomagających tę zmianę, choćby przez restrukturyzację przekonań dotyczących własnych doświadczeń życiowych (przeszłość) oraz przekonań dotyczących własnych możliwości wyboru konstruktywnych metod działania służących wewnętrznej zmianie (przyszłość). Powoduje to, że jednostka

zaczyna myśleć o sobie i własnym działaniu „tu i teraz” (teraźniejszość) jako służącym własnej samorealizacji, bez wykorzystania funkcjonalnych dla niej dotąd destrukcyjnych sposobów realizacji własnych, niezbywalnych potrzeb jej służących.

### KONCEPCJA RESOCJALIZACJI POZYTYWNEJ W KONTEKŚCIE DIAGNOZOWANIA – ZAŁOŻENIA OGÓLNE

Wysiłki humanizowania procesu resocjalizacji znalazły odzwierciedlenie w formułowaniu założeń teoretycznych, stanowiących jego istotę, dokonywanych na bazie założeń psychologii pozytywnej, humanistycznej, ale też psychologii poznawczej i transgresyjnej. Ostatecznie znajduje to odzwierciedlenie na przykład w modelu resocjalizacji twórczej (Konopczyński 1996; 2006a, b; 2007; 2013; 2014a, b), ale też i innych modelach działania pozytywnego, które odnoszą się do modelu diagnozy komplementarnej realizowanej na ich potrzeby, rozwijanych w polskiej resocjalizacji (Wysocka 2015, 2018).

Koncepcja resocjalizacji pozytywnej, oprócz tego, że wynika z założeń psychologii pozytywnej, poznawczej i psychologii zdrowia, wyznaczana jest też kształtem współczesnej rzeczywistości i zmianami, które w niej zachodzą. Zmiany te powodują, że koniecznością staje się wychowanie kreatywne i do kreatywności, w którym niezbędne jest odkrycie własnych potencjałów. Dotyczy to również resocjalizacji, a realizowane jest najpełniej we wspomnianej wcześniej resocjalizacji twórczej, czy resocjalizacji pozytywnej. Natomiast podstawą kreatywnego wychowania i wychowania do autokreacji jest dokonana diagnoza potencjalnych zasobów posiadanych przez jednostkę niedostosowaną społecznie, możliwych do wykorzystania w procesie wewnętrznej przemiany, czyli diagnoza pozytywna.

Resocjalizacja pozytywna oznacza zatem w tym ujęciu przyjęcie założeń odnoszących się do diagnozy pozytywnej, z koniecznym rozszerzeniem o diagnozę komplementarną, gdzie priorytetem jest diagnoza potencjałów, zaś uzupełniającą funkcję pełni diagnoza deficytów. Bezpośrednio z dokonanej diagnozy wynika konieczność odniesień do resocjalizacyjnych działań kreatywnych, twórczych (resocjalizacja twórcza, pozytywna).

### KONCEPCJA DIAGNOZY POZYTYWNEJ W RESOCJALIZACJI – ZAŁOŻENIA OGÓLNE

Jednym z czynników determinujących efektywność resocjalizacji jest prawidłowo realizowany proces diagnostyczny, powiązany immanentnie z procesem wychowania resocjalizującego. Jest to założenie oczywiste, ale czy na pewno realizowane

w praktyce? Tym bardziej, że teoretycznie nie wypracowano modelu diagnozy potencjałów, możliwego do zastosowania w praktyce. Konieczność podejmowania działań kreatywnych służących pokonywaniu trudności rozwojowych (problemów adaptacyjnych), a także fakt, że działania te muszą być zainicjowane przez jednostkę przejawiającą trudności przystosowawcze, powoduje, że resocjalizacja pozytywna oznacza: pracę nad wewnętrzną motywacją do zmiany jednostki niedostosowanej społecznie, co umożliwi odkrycie własnych zasobów i potencjałów – a więc diagnoza pozytywna – oraz poczucie, że ich realizacja jest możliwa – a więc poczucie kontroli i skuteczności nad własnymi działaniami (konstruktywnymi) i życiem.

Działanie resocjalizacyjne w modelu restrykcji i eliminacji potwierdza wcześniejsze doświadczenia osób społecznie wykluczonych, bo w ich przekonaniu to „złe społeczeństwo uczyniło ich złymi”, dlatego też działania wobec niego opozycyjne (dewiacyjne) są usprawiedliwione i uprawomocnione, a działania restrykcyjne jedynie potwierdzają zasadność przyjętej wobec niego postawy opozycyjnej. Przyjęcie perspektywy „dobrego społeczeństwa” i „złej jednostki” stanowi podstawę dylematu wskazanego przez Krzysztofa Biela (2010, s. 133–160): „zła resocjalizacja” czy „resocjalizacja zła”. Model restrykcyjno-eliminujący, odnosząc się do „resocjalizacji zła”, powoduje paradoksalnie konsekwencję, którą musimy określić jako „złą resocjalizację”, bo nieskuteczną w procesie wewnętrznej przemiany jednostki niedostosowanej społecznie. Model ten jest realizacyjnie prostszy, moralnie z perspektywy społeczeństwa uprawomocniony, bo chroni społeczeństwo. Jednak, jeśli teoretycznie i metodycznie uzasadnione działania okazują się nieefektywne, stanowi to źródło dokonania koniecznej refleksji nad tym, czy resocjalizacja w obecnym kształcie spełnia swoje funkcje i czy mamy w takim jej układzie szansę na realizację wpisanych w nią aksjologicznych celów (Wysocka 2018).

Model restrykcyjno-eliminujący, w swych założeniach aksjologicznych odpowiadający działaniom wynikającym ze stosowania zasad **inżynierii resocjalizacyjnej**, ma jednak z pewnością wiele wad, gdyż:

- ogranicza skuteczność działania przez „grzech autorytaryzmu i braku podmiotowości”;
- warunkuje formowanie relacji wychowawczej, która nie ma znaczenia w procesie wewnętrznej przemiany;
- służy jedynie „czasowej” eliminacji przejawianych przez jednostkę zachowań opozycyjnych i to w sytuacji występowania zewnętrznej kontroli.

Odzwierciedla to założenia modeli pomocy, oświatowego i medycznego, w których czyni się jednostkę niedostosowaną niezdolną do kreowania własnej przyszłości, czyli niezdolną do samodzielnego dokonania wewnętrznej przemiany (aksjologicznie określony cel resocjalizacji).

Model moralny pomocy, teoretycznie przywracający jednostce zdolność – i w zasadzie obowiązek – samodzielnego dokonania zmian w sobie, czyli tzw. **permissywizm resocjalizacyjny**, ma także swe wady, gdyż:

- ogranicza skuteczność działań **resocjalizujących** przez „grzech solipsystycznego indywidualizmu”;
- pozostawia jednostkę z deficytami samej sobie, pozbawiając ją koniecznego wsparcia w podmiotowej relacji wychowawczej, której w zasadzie nie ma.

Idea pozytywna, czyli model kreacji odzwierciedlający się w założeniach **humanistycznego personalizmu resocjalizacyjnego** daje szansę na skuteczność działania przez:

- podmiotowość i spotkanie w relacji wychowawczej oraz
- odkrywanie potencjałów jednostki niedostosowanej społecznie.

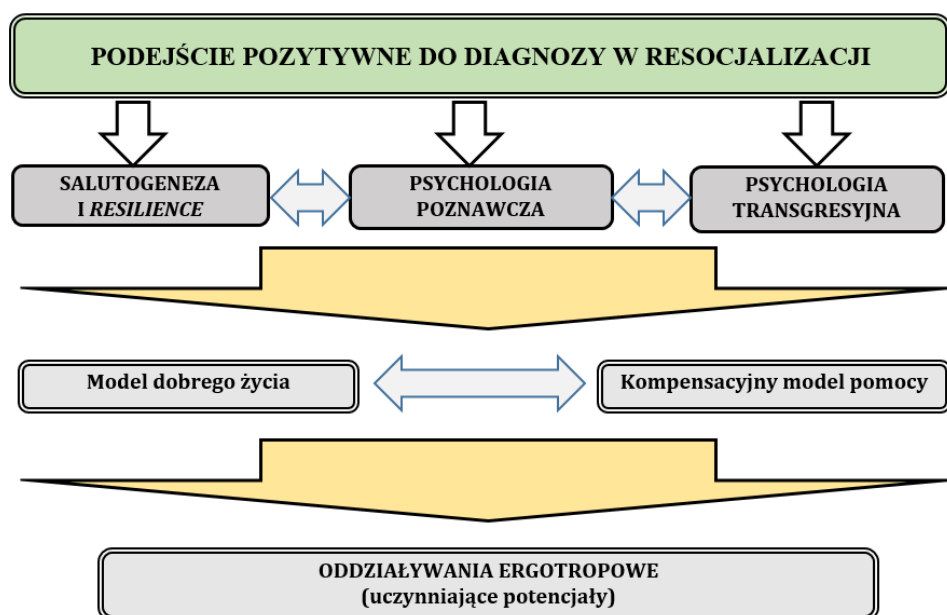
Odzwierciedla zatem założenia kompensacyjnego modelu pomocy, w którym jednostce niedostosowanej dostarcza się koniecznych do przeprowadzenia procesu wewnętrznej przemiany warunków i kompetencji, przy czym ogromne znaczenie ma tu relacja wychowawcza, służąca wsparciu społecznemu wysiłków dokonywanych samodzielnie przez jednostkę, której obowiązkiem jest właściwe wykorzystanie dostarczonych jej zasobów, których zabrakło wcześniej w jej życiu. Znaczenie relacji wychowawczej jest tu ogromne, gdyż jej istotą jest odkrywanie potencjałów oraz wspieranie kształtowania takich zdolności i kompetencji jednostki/podmiotu, by ta mogła swe odkryte wcześniej potencjały realizować (model diagnozy pozytywnej jako dominującej i diagnozy negatywnej jako pomocniczej – diagnoza komplementarna, działania ergotropowe podstawowe i etiotropowe wspierające). Założenia takie mogą stanowić podstawę konstruowania **modelu resocjalizacji pozytywnej**, w którym diagnoza odgrywa kluczową rolę, stanowiąc wyznacznik projektowania resocjalizującego (Wysocka 2018).

Spróbujmy znaleźć logiczną (i psychologiczną) argumentację potwierdzającą zasadność stosowania tego modelu. Przekonanie o „złej jednostce w dobrym świecie” powoduje włączenie się mechanizmu naznaczania i samonaznaczania. Jeśli jednostka zostanie przekonana o własnym złu („jestem zły”) i w domyśle o dobru społeczeństwa („świat jest dobry”), musi to wywołać w niej konflikt wewnętrzny wynikający z własnych doświadczeń, w których to „świat społeczny i jego organizacja były złe”, bo nie dawały możliwości zaspokajania własnych, podmiotowych potrzeb (w sposób konstruktywny). W takiej sytuacji musi racjonalizować to przekonaniem, że jednak to „świat był zły”, dlatego zasługuje na zachowania destruktywne i jednocześnie przekonaniem, że tylko w taki sposób można w nim przetrwać. Ponadto dominująca potrzeba hubrystyczna (potrzeba poczucia własnej wartości, utrzymania pozytywnego obrazu siebie) we współczesnym indywidualistycznie nastawionym świecie wzmacnia tę racjonalizację („jestem

dobry, tylko świat mnie uczynił złym, bo jest zły”). System tych racjonalizacji stanowi naturalną i nieprzekraczalną barierę dla procesu zmiany, bo nie jest ona możliwa (ani też opłacalna) w złym świecie, do którego trzeba się przystosować, by w nim przetrwać. Konstytuuje to zachowania opozycyjne jako jedynie możliwe (i opłacalne), a zarazem uzasadnione i usprawiedliwione.

**Model resocjalizacji pozytywnej**, bazujący na potencjałach jednostki, niejako „rozbraja” te mechanizmy obronne osobowości (potrzeba hubrystyczna), gdyż jednostka może je wykorzystać w procesie wewnętrznej przemiany z wykorzystaniem konstruktywnych strategii radzenia sobie z „niedogodnościami i niegościnnością świata”, zachowania destrukcyjne przestają być funkcjonalnie potrzebne, by własne potrzeby zaspokajać i mieć możliwości samorealizacji, ale już w sposób nieopozycyjny wobec społeczeństwa.

Filozofię działania pozytywnego w resocjalizacji można zatem wywieść z podstawowych dla koncepcji diagnozy pozytywnej podejść do człowieka i jego rozwoju. Podejścia te akcentują kreatywne/twórcze, więc pozytywne, ujęcie działań resocjalizujących, bazujące na klasycznym modelu oddziaływań ergotropowych (schemat 1).



Schemat 1. Podstawy teoretyczne diagnozy pozytywnej w resocjalizacji (oprac. własne)

**Salutogeneza i resilience**, jako założenia teoretyczne kierunku diagnozy w resocjalizacji, dostarczają nam odpowiedzi na pytanie o kryteria warunkujące odporność jednostki na zło (wewnętrzne i zewnętrzne), np. zasoby odpornościowe, poczucie koherencji. Można jednocześnie na ich podstawie dokonać skatalogowania czynników zdrowia i choroby, co proponuje nam model „podatność – stres”, integrujący podejście pozytywne i negatywne, realizowane w modelu diagnozy komplementarnej (Sęk 2012, s. 52–53; Wysocka 2015, s. 26; 2018). **Psychologia pozytywna** pozwala nam określić specyficzne, choć abstrakcyjnie ujmowane, kryteria bycia „dobrym”, wskazując naturalne właściwości jednostki ludzkiej, jej potrzeby oraz uznawane wartości, do których mamy wychowywać/resocjalizować, a także wykorzystywać w procesie wewnętrznej przemiany jednostki niedostosowanej społecznie. **Psychologia transgresyjna** pozwala na określenie i wykorzystanie w procesie resocjalizacji swoistego, ale dostępnego dla każdego człowieka mechanizmu stawania się, co wiąże się z zasadą rozwoju odnoszącą się do naturalnej tendencji „przekraczania siebie i własnych ograniczeń”.

Koncepcje te bez wątpienia są opozycją wobec tradycyjnego modelu resocjalizacji restrykcyjno-eliminującej, bazującej na założeniach charakterystycznych dla modelu ryzyka. Oba modele – ryzyka i dobrego życia – odwołują się do odmiennych przesłanek, zarówno w analizie natury i źródeł ludzkiego zła (diagnoza negatywna, deficytów vs. diagnoza pozytywna, potencjałów), jak i w ujmowaniu sposobu jego pokonywania (idea eliminacji vs. idea kreacji, transgresji).

W nowszych koncepcjach w modelu dobrego życia uwzględnia się także czynniki ryzyka zaburzeń, co stanowi dla mnie przesłankę do konstruowania komplementarnego modelu diagnozy. Uważam jednak, że w działaniu resocjalizującym bazowanie na potencjałach ludzkich powinno być dominujące. Najważniejsze założenia obu modeli przedstawiam w innych publikacjach (Wysocka 2015, s. 46–59, por. Wysocka 2018).

#### KONCEPCJA DIAGNOZY POZYTYWNEJ NA POTRZEBY RESOCJALIZACJI – KONKRETYZACJA ZAŁOŻEŃ

Założenia diagnozy pozytywnej, a więc odpowiedź na pytanie: w jaki sposób oraz z wykorzystaniem jakiego warsztatu diagnostycznego ma być realizowana (**jak być powinno?**), wiąże się ze znajomością podstawowych zasad, jakie proces diagnostyczny na potrzeby resocjalizacji (i nie tylko jej) porządkują. Wiemy bowiem, że efektywność działań resocjalizacyjnych zależy od prawidłowo dokonanej diagnozy przypadku, co wyznaczają zasady:

- **działania refleksyjnego**, a więc opartego na realnych przesłankach teoretyczno-metodologicznych i metodycznych;
- **wzajemnego przenikania się diagnozy i działań postdiagnostycznych**, które realizowane muszą być w jednym paradygmacie teoretyczno-metodologicznym;
- **komplementarności**, co wiąże się z koniecznością prowadzenia diagnozy pozytywnej (nurt salutogenezy, model dobrego życia) i diagnozy negatywnej (nurt patogenezy, model ryzyka);
- **„priorytetowości” diagnozy pozytywnej i „pomocniczości” diagnozy negatywnej**, co wiąże się z faktem, że dla budowania znaczącej relacji wychowawczej oraz przygotowania warunków dla wewnętrznej zmiany jednostki niedostosowanej ma diagnoza pozytywna.

Równie oczywiste są deficyty w praktycznym realizowaniu powyższych zasad, co jest związane z warsztatem diagnostycznym, jakim dysponują pedagodzy resocjalizacyjni (**czym dysponujemy w procesie diagnozy?**):

- nie mamy wypracowanego, opartego na racjonalnych i teoretycznych przesłankach modelu diagnozy, w tym systemu klasyfikacyjnego zaburzeń nie przystosowawczych;
- nie mamy specyficznych narzędzi diagnostycznych do całościowej i tylko incydentalnie do wybiórczej diagnozy niedostosowania społecznego (niewystarczalność Skali nieprzystosowania społecznego Lesława Pytki i innych narzędzi służących do oceny różnych cech jednostki niedostosowanej i właściwości czy jakości jej środowiska życia);
- istniejące niespecyficzne dla resocjalizacji narzędzia diagnostyczne nie są wykorzystywane lub są stosowane incydentalnie w praktyce resocjalizacyjnej, co zubaża dodatkowo poznanie jednostki niedostosowanej społecznie.

Powoduje to pojawienie się zasadniczych problemów w procesie diagnozowania niedostosowania społecznego, czyli:

- dokonywanie tzw. „diagnozy na oko”, co wiąże się z błędną kwalifikacją przypadków i z reguły ich unifikacją warunkowaną przez niedoskonałość, czyli brak wiarygodności, trafności, rzetelności, mocy dyskryminacyjnej i obiektywności wykorzystywanych narzędzi diagnostycznych;
- brak różnicowania przypadków, co oznacza, że osoby niedostosowane społecznie są traktowane jako „identyczne” i wymagające takich samych warunków realizacji działań służących zmianie oraz wspólnych dla wszystkich metod wykorzystywanych w tym procesie,
- brak pełnej diagnozy, czyli identyfikacji potencjałów (zasobów) i deficytów (zaburzeń), co związane jest z wykorzystywaniem w procesie zmiany modelu restrykcyjno-eliminującego, którego skuteczność jest dyskusyjna;



- koncentrację w procesie oddziaływań resocjalizujących na deficytach, a nie na zasobach jednostki z problemami przystosowawczymi, co powoduje nieefektywność procesu resocjalizacji, gdyż eliminuje możliwość wzbudzenia wewnętrznej motywacji do zmiany, warunkowanej świadomością braku możliwości działania konstruktywnego, **służącego realizacji niezbywalnych potrzeb jednostki niedostosowanej społecznie** (i tym samym jej samorealizacji).

Nie ma zatem możliwości eliminacji funkcjonalności destrukcyjnych strategii radzenia sobie, a – jak wskazywałam wcześniej – działania destrukcyjne zaburzone są funkcjonalne w procesie zaspokajania potrzeb jednostki społecznie niedostosowanej.

Proces tworzenia modelu działania skutecznego w naukach o nachyleniu praktycznym stanowi niewątpliwie podstawowy ich cel. Jest on jednak pochodną dokonywanych eksploracji badawczych (badań empirycznych potwierdzających jego zasadność) oraz wykorzystywania teoretycznych koncepcji opartych na wiedzy o człowieku i jego funkcjonowaniu. Tworzenie modeli działania (diagnostycznego i postdiagnostycznego) jest zadaniem trudnym. Proces ten wymaga bowiem refleksyjności w konstruowaniu założeń teoretycznych stanowiących ich podstawę, a więc także umiejętności dokonywania wyboru i podejmowania decyzji o zasadności przyjętych założeń. Jednocześnie wymaga odwagi (podjęcia ryzyka) w pokonywaniu sztywnych ram obowiązującej dotychczasowej wiedzy. Dokonując próby tworzenia modelu działania, nawet jeśli nie jest on rewolucyjny wobec dotychczasowych standardów, a jedynie tworzony jest z wykorzystaniem i transformowaniem wiedzy już posiadanej, musimy podjąć ryzyko zawsze właściwe procesowi twórczemu.

Można zaryzykować twierdzenie, że podejście pozytywne (model dobrego życia) w naukach społecznych stanowi swoistą rewolucję w ujmowaniu człowieka i czynników jego rozwoju czy procesu przemiany, ale wynika z wiedzy, która została w sposób kumulatywny zgromadzona i w swoisty sposób potwierdza została zasadność jego stosowania w teorii i praktyce. Zasadność ta w przypadku resocjalizacji potwierdzana jest dodatkowo nieskutecznością lub skutecznością ograniczoną działań podejmowanych na podstawie modelu patogenetycznego diagnozy i modelu restrykcyjno-eliminującego w działaniach postdiagnostycznych.

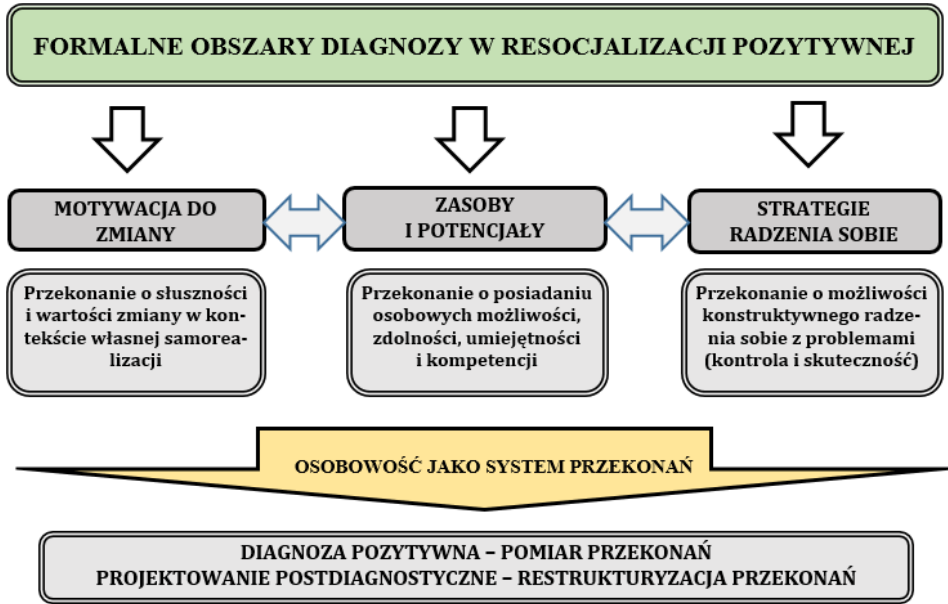
Diagnoza i diagnozowanie na potrzeby praktycznej działalności resocjalizacyjnej stanowi, co oczywiste, zbiór specyficznych czynności, wymagających od refleksyjnego diagnosty-profesjonalisty posiadania specyficznych (ogólnych i specjalistycznych) zdolności i kompetencji. Robert A. Roe (2002, s. 195), wyróżnia na przykład: a) kompetencje podstawowe, wyznaczone przez posiadaną wiedzę i umiejętności oraz wartości jakie ukierunkowują sposób diagnozowania,

oraz b) kompetencje pochodne, które wyznaczone są przez zdolności i osobowość diagnosty. Łącznie determinują one specyficzne podejście do procesu diagnozy, relacji diagnostycznej i oczekiwanych rezultatów diagnozy.

Warsztat diagnostyczny w naukach o nachyleniu praktycznym (psychologia, pedagogika) rozwija się intensywnie, jednak ten na potrzeby resocjalizacji – jak wcześniej wspomniałam – jest niewystarczający lub niedostatecznie wykorzystywany, a nade wszystko w większości przypadków nie spełnia podstawowych kryteriów jego stosowalności w praktyce. Mamy zatem narzędzia diagnostyczne, które, po pierwsze nie strukturalizują pod względem jakościowym modelu cech i właściwości jednostki niedostosowanej społecznie, które powinny podlegać ocenie (pomiarowi), a po drugie – mają zróżnicowaną (zwykle niską) wartość, ocenianą z perspektywy spełniania przez nie kryteriów ich „dobroci” – trafności, rzetelności i innych własności psychometrycznych (Hornowska 2006, s. 7–10; 2009). Ponadto większość zasobów dostępnych dla pedagoga resocjalizacyjnego odnosi się do tzw. narzędzi niespecyficznych, służących pomiarowi głównie tzw. cech kontekstualnych dla niedostosowania społecznego, co dotyczy zarówno diagnozy pozytywnej, jak i negatywnej. Wyraźnie deficytowy jest natomiast specyficzny dla resocjalizacji warsztat diagnostyczny, pozwalający dokonywać oceny złożonych przejawów niedostosowania społecznego, a zwłaszcza czynników je determinujących, co odnosi się do diagnozy negatywnej. Zdecydowanie najwięcej niedostatków dostrzegamy w obszarze warsztatu diagnostycznego służącego do oceny cech kontekstualnych dla społecznego niedostosowania, pozwalających dokonać rozpoznania zasobów i potencjałów jednostki niedostosowanej społecznie.

Wartość diagnostyczna stosowanych narzędzi zależy w dużym stopniu od świadomości i wiedzy pedagoga, a więc uznawanej przez niego filozofii działania – restrykcyjno-eliminującej, negatywnej vs. kreatywnej, pozytywnej. W pierwszym przypadku będzie on poszukiwał narzędzi służących bezpośrednio do oceny objawów zaburzeń (narzędzia specyficzne), po to, by je eliminować (działania semiotropowe, incydentalnie etiotropowe). W drugim może wykorzystywać narzędzia niespecyficzne, służące ocenie cech kontekstualnych, identyfikacji zasobów i potencjałów jednostki możliwych do wykorzystania w projektowaniu postdiagnostycznym, czyli w działaniach służących kreatywnej, więc pozytywnej zmianie, którą można określić jako restrukturyzacja osobowości jednostki niedostosowanej społecznie.

Traktując resocjalizację jako proces kreacji a nie eliminacji, jej ogólne i formalne obszary opisane wcześniej przedstawiam na poniższym schemacie (schemat 2).



Schemat 2. Obszary formalne diagnozy pozytywnej w resocjalizacji (oprac. własne)

Schemat ten odnosi się do specyficznego ujęcia procesu diagnozy na potrzeby resocjalizacji i działania resocjalizującego, zaś jego struktura wynika z przyjętych założeń teoretycznych: o naturze człowieka, procesie jego stawania się, procesie zmiany i jej czynnikach (schemat 1). Zasada działania odwołująca się do bezpośredniego i immanentnego powiązania procesu diagnozy z projektowaniem postdiagnostycznym oraz prowadzonymi oddziaływaniami resocjalizującymi, które realizowane są w jednym nurcie teoretycznym – choć oczywista i racjonalna – w praktyce raczej jest stosowana incydentalnie, co jest niezależne od formalnego przyporządkowania instytucji diagnostycznych i resocjalizujących: pierwsze mają swój schemat działania, drugie swój, zaś niedostateczna jest łączność między diagnozą, projektowaniem i samym działaniem.

Realizowany **model diagnozy** wynika zatem zawsze z przyjętych założeń teoretycznych, dotyczących także przedmiotowych dla dokonywanego rozpoznania zjawisk (obszary treściowe diagnozy), stąd, dokonując wyboru narzędzi diagnostycznych stosowanych w praktyce diagnostycznej, należy kierować się tymi założeniami. Poniżej przedstawiam model poznania (schemat 3) ulokowany treściowo w psychologii poznawczej, gdzie traktuje się zaburzenia przystosowania jako system zniekształceń poznawczych, stanowiących zarazem ich podłoże. Model ten nie jest wyczerpujący, a nawet nie można go uznać za wystarczający dla opisu i wyjaśnienia całokształtu sytuacji życiowej jednostki niedostosowanej

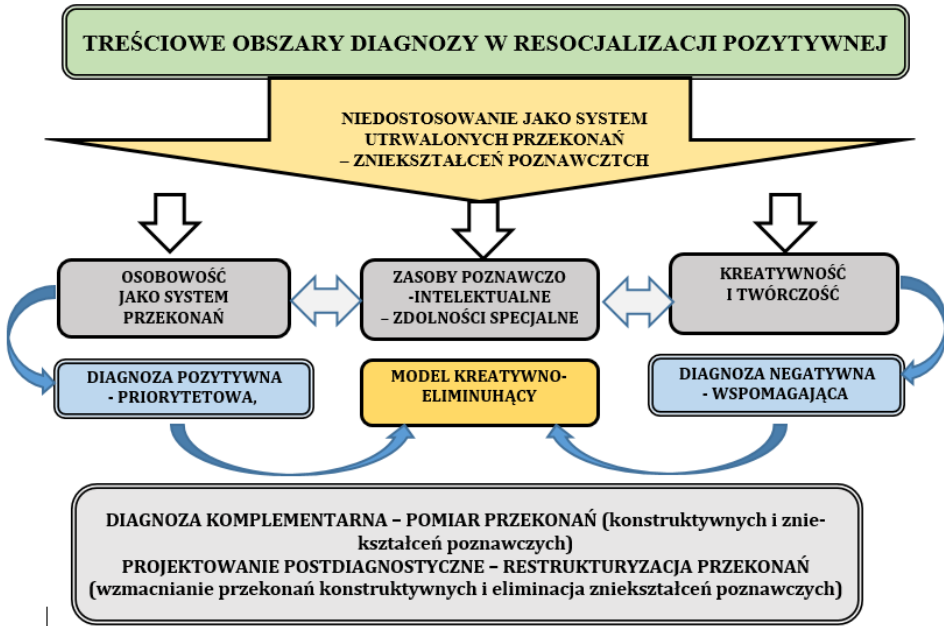
społecznie oraz czynników wspierających lub zaburzających jej rozwój. Zakładam jednak, że ta autorska wizja diagnozy pozytywnej, obejmującej specyficzne zakresy i obszary rozwojowo znaczące oraz specyficznie ukierunkowana (uwzględniająca priorytetowość diagnozy pozytywnej i pomocniczy charakter diagnozy negatywnej – model diagnozy komplementarnej), może wspomagać rozwiązywanie dylematów diagnostycznych, bazujących także na innych koncepcjach człowieka i jego rozwoju. Propozycja autorska dostępnego dla pedagoga resocjalizacyjnego warsztatu diagnostycznego przedstawiona została w innej publikacji (Wysocka 2018), tu przedstawiam jedynie koncepcję, która porządkuje ów wybór. Pomoc w rozwoju (stawaniu się) oraz w procesie wewnętrznej przemiany wymaga uwzględnienia profilu indywidualnych zdolności (specjalnych i twórczych) i wspomagającego ich ujawnianie się profilu cech osobowościowych (system przekonań i cech osobowości twórczej). Przedstawiony model diagnozy i działań resocjalizujących na niej bazujących ma charakter komplementarny, gdyż daje możliwość wskazania deficytów i blokad rozwojowych tkwiących w osobowości (rezultat doświadczeń życiowych) i elementów psychospołecznego funkcjonowania jednostki, stanowiących potencjały wykorzystane w procesie zmiany służącej autokreacji (zbiór indywidualnych zdolności i cech powiązanych z potencjalną kreatywnością). Zaletą przedstawionej koncepcji diagnozy pozytywnej realizowanej na potrzeby resocjalizacji jest to, iż model teoretyczno-metodologiczny diagnozy (zob. Wysocka 2015) został uzupełniony wskazaniem wystandaryzowanych, znormalizowanych narzędzi, które pozwalają zastosować go w diagnostycznej praktyce pedagogicznej (Wysocka 2018).

Ważną zaletą modelu jest również odniesienie się do koncepcji poznawczych, zakładających priorytetowość subiektywnych wizji siebie, świata i relacji z nim, zarówno w diagnozie, jak i w działaniu na niej opartym, a przede wszystkim akcentujących ich podstawowe znaczenie dla procesu „stawania się” jednostki (rozwoju, wychowania).

Diagnoza efektów procesu resocjalizacji, nawet w przyjętym tu ujęciu poznawczym, może odnosić się do różnych fenomenów (cech, zmiennych, zjawisk). Zakładam jednak, że najważniejsze, choć niejedyne, odnoszą się do opisu i wyjaśniania sposobu funkcjonowania jednostki niedostosowanej społecznie w świecie:

1. **Osobowość** rozumiana jako system przekonań adaptacyjnych (przekonania pozytywne) vs. dezadaptacyjnych (zniekształcenia poznawcze), ukształtowanych w procesie uczenia się, zaś decydujących o rozwoju jednostki, a także wybrany katalog testów służących do oceny ważnych z perspektywy diagnozy pozytywnej cech osobowości;
2. **Zasoby poznawczo-intelektualne** rozumiane jako zbiór potencjałów posiadanych przez wszystkich ludzi, na przykład w ujęciu koncepcji inteligencji wielorakich, a także ocena zdolności i zainteresowań;

3. **Kreatywność i twórczość** jednostki, będące właściwościami poznawczo-intelektualnymi i osobowościowymi (osobowość i myślenie twórcze), decydujące o podejmowaniu działań służących rozwojowi – ocena potencjału twórczego jednostki, w tym głównie postaw twórczych i transgresyjnych.



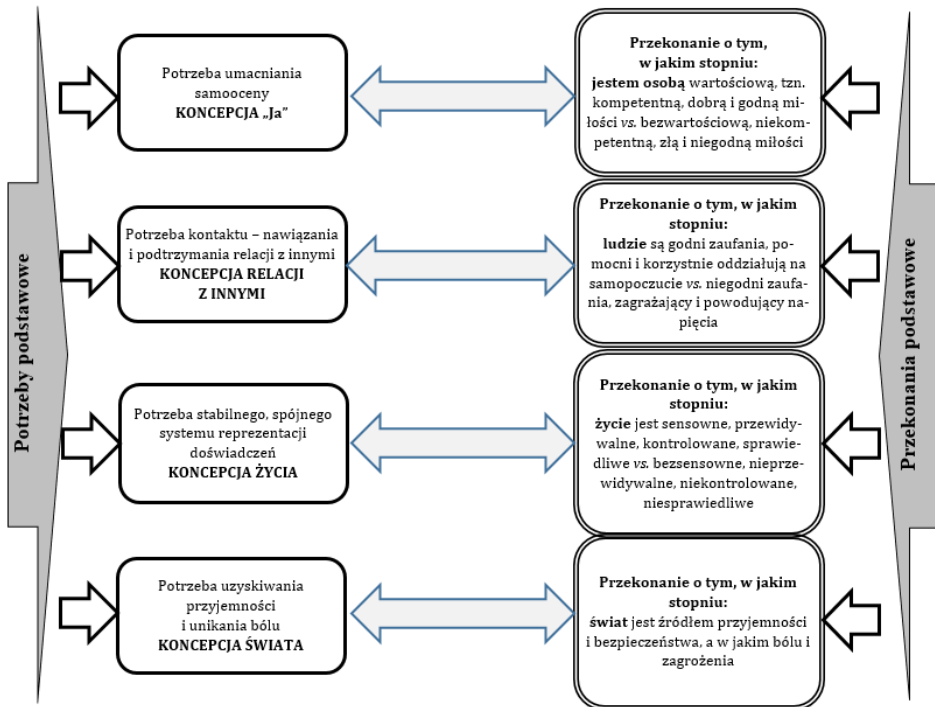
Schemat 3. Obszary treściowe diagnozy pozytywnej w resocjalizacji (oprac. własne)

Porządkującą i strukturalizującą proces diagnozy na potrzeby resocjalizacji w ujęciu poznawczym jest koncepcja przekonań, które stanowią elementy składowe osobowości. Psychologię poznawczą traktuję jako naukę integrującą wiedzę o społecznych i indywidualnych mechanizmach rozwoju. Pozwala to przyjąć założenie, że można diagnozować jednostkę i świat jej życia przez pryzmat ukształtowanych w toku doświadczeń życiowych przekonań dotyczących własnej osoby i świata (także społecznego) oraz własnego życia. Utrwalone przekonania stanowią w tym ujęciu podłoże, a zarazem wyznacznik kształtowania się dojrzałej vs. niedojrzałej osobowości, odzwierciedlającej się i jednocześnie stanowiącej efekt ukształtowanych schematów poznawczych (przekonań), determinujących funkcjonowanie jednostki w świecie.

Przypomnę, że w teoriach poznawczych prawidłowy rozwój osobowości oraz zaburzenia w rozwoju osobowości rozumiane są jako systemy adaptacyjnych vs. dezadaptacyjnych operacji, które spełniają funkcje poznawcze i emocjonalno-moty-

wacyjne. Właściwością tych operacji jest to, że przypisuje się im istotne lub nadmierne znaczenie, ponieważ często były stosowane w przeszłości, bo pełniły w życiu funkcję adaptacyjną, służącą przetrwaniu w deficytowych warunkach rozwoju. W odniesieniu do formowania się zaburzeń, schematy te mają charakter prymitywny, gdyż są niedostosowane do obecnego etapu rozwoju jednostki niedostosowanej społecznie (Barriga, Gibbs 1996; Alford, Beck 2005, s. 22; Barriga i in. 2005; por. Mudrecka 2015).

Prawidłowy rozwój osobowości oznacza tu różnicowanie, większą złożoność lub zdolność jednostki do sytuacyjnego relatywizowania systemu przekonań, co jest wynikiem dopasowania ich do możliwości rozwojowych adekwatnych dla danego etapu rozwoju, zaś rozwój nieprawidłowy (zaburzenia) wiąże się z usztywnieniem, mniejszą złożonością i brakiem zdolności do kontekstualnego relatywizowania przekonań, co wynika z niedopasowania systemu do obecnego etapu rozwoju jednostki. System najważniejszych dla rozwoju przekonań, które powinny podlegać ocenie diagnostycznej, przedstawiam poniżej (schemat 4).



Schemat 4. Potrzeby i przekonania podstawowe wg Seymoura Epsteina (2006)

Przyjęte rozumienie osobowości jako systemu przekonań zakłada, że kształtują się one w toku doświadczeń życiowych i z samym sobą oraz są wynikiem procesu

uczenia się przekonań adaptacyjnych vs. dezadaptacyjnych. Rozwój tych przekonań jest wynikiem „działania” czterech podstawowych i niezwykłych potrzeb jednostki:

- potrzeby uzyskiwania przyjemności i unikania bólu;
- potrzeby zachowania stabilnego i spójnego systemu reprezentacji doświadczeń;
- potrzeby kontaktu (nawiązania i podtrzymywania relacji z innymi ludźmi);
- potrzeby umacniania samooceny.

Seymour Epstein (2006) zakłada, że każda z potrzeb w toku rozwoju może zdominować pozostałe, jeśli jest niezaspokojona. Zachowanie człowieka jest zatem pochodną wpływów potrzeb aktywnych w danym momencie życia. Dla diagnozy resocjalizacyjnej ważne jest założenie, że przekonania mogą mieć charakter adaptacyjny (przekonania pozytywne, konstruktywne rozwojowo) lub charakter dezadaptacyjny (przekonania negatywne, destrukcyjne rozwojowo).

Każda potrzeba skojarzona jest z podstawowym przekonaniem (schemat poznawczy), który nabywany jest w toku ich realizacji – uczenia się. Są to następujące przekonania, które decydują o przejawianych zachowaniach:

- o sobie – samoocena (**jestem osobą** wartościową, kompetentną, dobrą, godną miłości vs. bezwartościową, niekompetentną, złą, niegodną miłości);
- o świecie – obraz świata (świat jest źródłem przyjemności i bezpieczeństwa vs. źródłem bólu i zagrożenia);
- o relacjach z innymi ludźmi – funkcjonowanie interpersonalne (**ludzie** są godni zaufania, pomocni, korzystnie oddziałują na samopoczucie vs. niegodni zaufania, zagrażający, powodujący napięcia),
- o własnym życiu – obraz życia (życie jest sensowne, przewidywalne, kontrolowane, sprawiedliwe vs. bezsensowne, nieprzewidywalne, niekontrolowane, niesprawiedliwe).

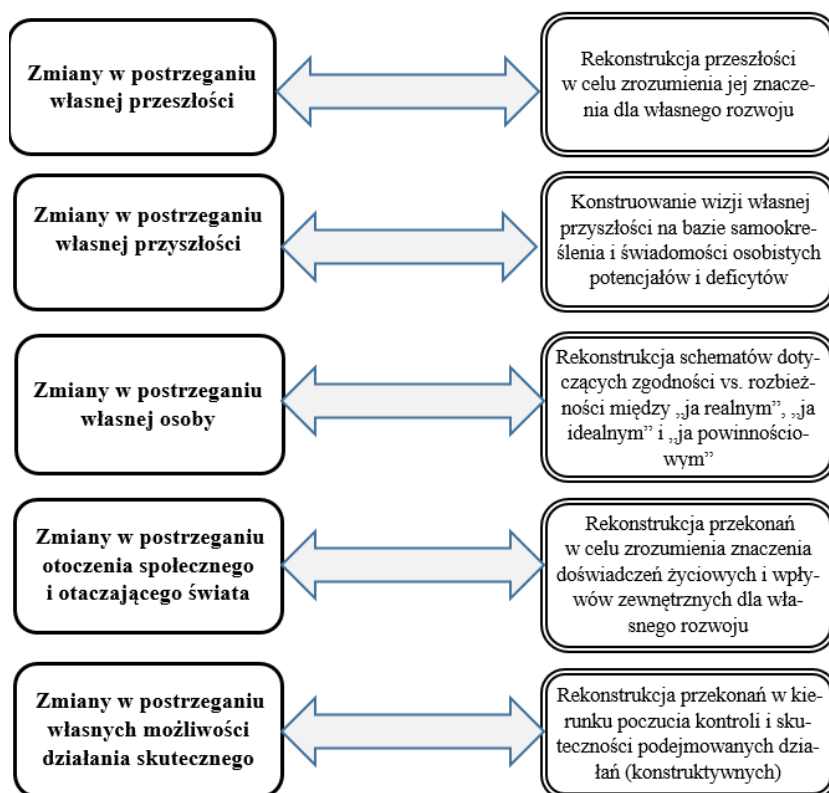
Potrzeby i przekonania bezpośrednio wpływają na uczucia, myśli i zachowanie, dlatego trafnie odzwierciedlają osobowość jednostki. Ich znaczenie jednak w danym momencie rozwojowym zależy od wzajemnych interakcji między nimi oraz jest pochodną sposobu zaspokajania potrzeb – harmonijnego lub konfliktowego. Proces zaspokajania potrzeb stanowi zwykle pewien kompromis, wyznacza jednak dynamiczną równowagę między nimi, stąd, jeśli jedna potrzeba jest zaspokajana kosztem innych, to potrzeby niezaspokojone oddziałują silniej, co jednocześnie prowadzi do ograniczenia potrzeby dominującej.

Koncepcja ta porządkuje strukturę diagnozy, ale można w nią wpisać – jak wskazałam wcześniej – różne fenomeny. Przyjmując bowiem założenie, że funkcjonowanie psychospołeczne, poziom przystosowania i aktywna autokreacja, dokonujące się przez dokonywanie realnych zmian w sobie (cel efektywnej resocjalizacji), wyznacza system przekonań o sobie, innych ludziach, świecie i własnym życiu,

projektująca diagnoza resocjalizacyjna musi obejmować zakres zmian adekwatnych do zidentyfikowanych potencjałów i deficytów w następujących obszarach: ja, inni, świat, własne życie.

Jeśli jednak przekonania kształtowane są na bazie doświadczeń życiowych, muszą obejmować trzy perspektywy czasowe: przeszłość, teraźniejszość i przyszłość, a w nich konkretne zakresy treściowe, co przedstawiam na poniższym schemacie (schemat 5).

W kontekście procesu wewnętrznej przemiany i kształtowania motywacji do jej dokonania najważniejsze są **zmiany w postrzeganiu własnej przeszłości**. Polegają one na rekonstrukcji własnej przeszłości po to, by świadomie określić, wyjaśnić i zrozumieć własne funkcjonowanie jednostki niedostosowanej społecznie „tu i teraz”. Dopiero na tej bazie możliwe jest dokonywanie prób planowania własnej przyszłości, co realizowane jest „w zgodzie z samym sobą”, czyli ze zidentyfikowanymi osobistymi potencjałami i ograniczeniami.



Schemat 5. Zakresy zmian uwzględniane w procesie diagnozy w ujęciu poznawczym (oprac. własne na podstawie Wysocka, 2015, 2016, 2018)



Podobnie silnie oddziałuje na kształtowanie się motywacji jednostki przekonanie o konieczności dokonania **zmian w postrzeganiu własnej przyszłości**. Konstruowanie wizji własnej przyszłości jest możliwe dopiero po dokonaniu samo-określenia, czyli zbudowaniu realistycznego obrazu własnego „ja” (w perspektywie przeszłości i teraźniejszości), co wyznacza możliwość konstruktywnego planowania, wzbudzając jednocześnie motywację do działania zgodnego z osobistym planem, ale z wykorzystaniem konstruktywnych strategii radzenia sobie. Wspomaga też jej autokreację bazującą na zdrowych zasadach, będących rezultatem realistycznego postrzegania siebie i własnych możliwości działania skutecznego z wykorzystaniem już konstruktywnych strategii działania.

Podstawą konstruktywnego planowania własnej przyszłości są najważniejsze dla tego procesu **zmiany w postrzeganiu własnej osoby**, co wyznacza realizm w percepcji siebie, będący rezultatem samoświadomości i zdolności do samo-określenia w trzech obszarach: „ja realnego” (kim jestem teraz) i „ja idealnego” (kim chcę być w przyszłości) i „ja powinnościowego” (jaki powinienem być, by spełniać oczekiwania społeczne, związane z obowiązującymi normami i wartościami). Zmiany te są konkretyzowane jako samoocena i poczucie własnej wartości, stanowiące rezultat zgodności trzech obrazów „ja” (realnego, idealnego i powinnościowego) oraz **źródło autoafirmacji (samoakceptacji, zadowolenia z siebie i z własnego życia)**.

Jednostka niedostosowana społecznie, by dokonać wszystkich powyższych przemian, musi zrozumieć sens własnych doświadczeń życiowych, co oznacza konieczność dokonania **zmian w postrzeganiu otoczenia społecznego i otaczającego świata**. Zrozumienie znaczenia własnego życia wiąże się z traktowaniem wpływów zewnętrznych nie tylko jako **źródła negatywnych doświadczeń**, ale warunkuje zrozumienie determinant własnych przekonań i zrozumienie mechanizmu ich negatywnych oddziaływań na własne życie, przewartościowanie **własnych przekonań**, a także wykorzystania negatywnych doświadczeń jako uczących, zawsze wzbogacających. Zmiany te ukierunkowane są także na dostrzeżenie możliwości znalezienia czynników wsparcia w świecie zewnętrznym lub czynników ułatwiających funkcjonowanie w nim bez obciążeń zniekształceniami poznawczymi w obrazie świata.

Mechanizm przekształceń przekonań związanych z planowaniem własnego życia wiąże się immanentnie z dokonaniem **zmian w postrzeganiu własnych możliwości działania skutecznego**. Zmiany te związane są z eliminacją dominujących zwykle u osób niedostosowanych społecznie przekonań o bezradności i braku kontroli oraz nieskuteczności działań wykorzystujących strategie konstruktywne. Warunkuje to sięganie po pozanormatywne i dysfunkcjonalne rozwojowo strategie działania, które jednak są dla tych osób funkcjonalne w odniesieniu do zaspokajania

ich potrzeb. Rezultatem zmian jest postrzeganie siebie jako jednostki zdolnej do samokontroli, a także kontroli własnego życia i kontroli relacji interpersonalnych.

Przedstawiony model diagnozy niedostosowania społecznego jest z pewnością jednym w wielu możliwych, nie wyczerpuje też wszystkich zagadnień związanych z przedmiotową diagnozą. Jest jednak względnie logiczny i uzasadniony teoretycznie i empirycznie. W ograniczonych formach działania resocjalizującego, gdzie zwykle nie ma możliwości oddziaływania jednocześnie na jednostkę i jej otoczenie (świat życia), ujęcie poznawcze, w którym koncentrujemy się na jednostce niedostosowanej społecznie, zmianie jej przekonań o różnych sferach czy obszarach jej życia i rozwoju, a także odnoszących się do różnych perspektyw czasowych, wydaje się być jedynym możliwym do zastosowania w praktyce resocjalizacyjnej. Zakłada się w nim także konieczność pozytywnego podejścia do diagnozy i działań resocjalizujących, co dodatkowo argumentuje zasadność jego stosowania w działaniach praktycznych.

#### REFLEKSJE KOŃCOWE – ZAMIAST PODSUMOWANIA

W kontekście przedstawionego modelu diagnozy na potrzeby resocjalizacji z jej uzasadnieniem w modelu resocjalizacji pozytywnej, zamiast podsumowania, przedstawiam niezbyt optymistyczną refleksję związaną z efektami i zapewne sposobem kształcenia studentów, nie tylko pedagogiki resocjalizacyjnej. Odnosząc się do koncepcji i refleksji Zdzisława Bartkowicza i Pawła Maciaszczyka (2011), zakładających zasadność i w zasadzie konieczność wprowadzenia do resocjalizacji i jednocześnie do kształcenia studentów resocjalizacji humanistycznego modelu działania, niewesołe jest ich stwierdzenie, że: „Jeśli w toku kształcenia nie ukształtuje on (pedagog resocjalizacyjny, E.W.) odpowiednich przekonań i nie uformuje się jego sumienie pedagogiczne, to prawdopodobnie szybko zostanie zdemoralizowany przez praktykę, akceptując pomysł resocjalizacji bez oddziaływań resocjalizacyjnych oraz cyniczny stosunek do teorii resocjalizacyjnej” (Bartkowicz, Maciaszczyk 2011, s. 126, 151). Na podstawie wyników swoich badań wnioskujeją oni, że studenci resocjalizacji kończący studia zbyt mocno wierzą w dziedziczny (wrodzony) charakter przestępczości (determinizm biologiczny). Sugeruje to oczywiście znaczenie potocznych stereotypów odnoszących się do przestępstwa i przestępcy, ale także może sugerować, że w toku kształcenia niedostateczną uwagę przywiązuje się do ich eliminowania, zaś z perspektywy resocjalizacji może włączać przekonanie, że jeśli „ktoś urodził się zły, to złym pozostanie”. Toruje to drogę do realizowania w praktyce modelu restrykcyjno-eliminującego (patogenetycznego), bo „i tak nic nie da się zrobić”.

Wspomniani autorzy wskazują na ogromne znaczenie kształtowania przekonań studentów dotyczących resocjalizacji dla ich przyszłej działalności resocjalizacyjnej. Głównie odnoszą się do „uwolnienia” ich od stereotypowego postrzegania przestępcy i procesu resocjalizacji. Stereotypy, powiązane z uprzedzeniami, mogą bowiem ewokować kształtowanie się przekonania, że sprawcy przestępstwa są niereformowalni, a zakłady resocjalizacyjne stanowią społeczny „śmietnik”. Mankamenty kształcenia pedagogów resocjalizacyjnych wiążą z brakiem kształtowania ich świadomości aksjologicznej, co ogranicza refleksyjność w podejściu do procesu resocjalizacji. Podkreśla to także w innym opracowaniu Zdzisław Bartkowicz (2010, s. 39–44). Skutkuje to postrzeganiem własnej roli zawodowej w kategoriach wychowawców „narzucających poglądy i wartości” oraz „afirmujących posłuszeństwo” (autorytaryzm), w znacznie mniejszym stopniu afirmujących dyskusję i dialog w obszarze proponowanych standardów i przekonań. Potwierdzają to także wyniki badań Andrzeja Węglińskiego (2000, s. 135–136).

Z później opublikowanych wyników badań (Gózdź, Wysocka 2011; Wysocka, Gózdź 2012) wywnioskowano, że w miarę postępu procesu kształcenia pedagogów resocjalizacyjnych (i innych specjalności oraz kierunków pedagogicznych), wiara w wychowanie i resocjalizację maleje, czemu logicznie towarzyszy wzrost negatywizmu wychowawczo-resocjalizacyjnego, a także wzrost determinizmu biologicznego. W badaniach jeszcze nieopublikowanych (Szałowski 2018)<sup>1</sup>, mamy jeszcze bardziej interesujący wynik, który wskazuje na ogromną konfliktowość przekonań dotyczących resocjalizacji, gdyż wszystkie analizowane zmienne, włączając w to determinizm społeczny, w toku kształcenia wykazują tendencje malejące, co jest logicznie sprzeczne. Ponadto widoczne jest skłanianie się studentów pedagogiki (także resocjalizacyjnej) w kierunku identyfikowania się z modelem nazwanym umownie inżynierią resocjalizacyjną (wychowawczą; model ryzyka, działania semiotropowe, model oświatowy i medyczny pomocy), w mniejszym stopniu z permissywnym resocjalizacyjnym (wychowawczym; model ryzyka, działania etiotropowe, eliminujące przyczyny zaburzeń, model moralny pomocy), zaś najslabiej ujawniają się poglądy właściwe dla humanistycznego personalizmu resocjalizacyjnego (wychowawczego; model dobrego życia, działania kreatywne, ergotropowe, bazujące na zidentyfikowanych potencjałach, model kompensacyjny pomocy). Tego typu przekonania nie rokują pozytywnej resocjalizacyjnej rzeczywistości kreowanej przez przyszłych pedagogów, którzy raczej będą promować działania restrykcyjno-eliminujące, autorytarne (powiązanie przekonań o wychowaniu i resocjalizacji z autorytaryzmem potwierdzono w badaniach,

<sup>1</sup> Badania są prowadzone w ramach seminarium licencjackiego i magisterskiego, zaś część z nich została wykorzystana w pracy Bartosza Szałowskiego, pt. *Poglądy na wychowanie i resocjalizację studentów pedagogiki i ich wybrane korelaty*, Katowice 2018 (niepublikowana praca licencjacka).

także własnych – zob. Góźdz, Wysocka 2011; Wysocka, Góźdz 2012) i bazujące na formalnie stosowanych metodach służących eliminacji objawów nieprzystosowania (model behawioralny) i/lub rzadziej eliminacji ich czynników sprawczych (model psychoanalityczny), niż działania kreatywne, bazujące na kontakcie wychowawczym, stanowiącym podstawę wzbudzania wewnętrznej motywacji do zmiany i restrukturyzacji przekonań w kierunku konstruktywnego radzenia sobie z wykorzystaniem odkrytych w procesie diagnozy potencjałów (model humanistyczno-personalistyczny i transgresyjny).

Kończąc tę z konieczności bardzo wybiórczo potraktowaną refleksję nad diagnozą realizowaną na potrzeby resocjalizacji, podkreślam jeszcze raz znaczenie zmiany podejścia do procesu resocjalizacji – z patogenetycznego (negatywnego) na salutogenetyczny (pozytywny). Metaforycznie dobrze argumentuje to zaczerpnięta z publikacji Józefa Kozielskiego konstatacja lekarza komentującego różnicę w skuteczności leczenia wyznaczaną przez nastawienie do natury działań i ich kierunku: „Stosowaliśmy te same leki: **e**toposide, **p**latinol, **o**ncovin i **h**ydroxyurea. W skrócie nazwałeś je **EPOH**. Tymczasem ja powiedziałem pacjentom, że daję im **HOPE** (nadzieja). To prawdopodobnie zwiększyło szanse powodzenia...” (Kozielski 2006, s. 11). W moim odczuciu, resocjalizacja byłaby bardziej skuteczna, gdybyśmy realnie zadali sobie trud zmiany naszych nastawień do problemów adaptacyjnych jednostki niedostosowanej społecznie. W moim przekonaniu między resocjalizacją pozytywną i resocjalizacją skuteczną można i należy postawić znak równości.

## LITERATURA

- Alford B.A., Beck A.T., 2005, *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Barriga A.Q., Gibbs J.C., Potter G.B., Liao A.K., 2005, *Kwestionariusz „Jak myślę” (HIT). Podręcznik*. Warszawa, Instytut Amity.
- Barriga A.Q., Gibbs J.C., 1996, *Measuring cognitive distortion in antisocial youth: development and preliminary evaluation of the How I Think Questionnaire*. „Aggressive Behavior”, 22(5), s. 333–343.
- Bartkowicz Z., 2010, *Kształtowanie świadomości aksjologicznej pedagogów resocjalizacyjnych*. W: Z. Bartkowicz, A. Węgliński, A. Lewicka (red.), *Powinności i kompetencje w wychowaniu osób niedostosowanych społecznie*. Lublin, Wydawnictwo UMCS, s. 39–44.
- Bartkowicz Z., Maciaszczyk P., 2011, *Poglądy na resocjalizację studentów pedagogiki jako rezultat ich kształcenia*. W: Z. Bartkowicz, P. Maciaszczyk (red.), *Profilaktyka i resocjalizacja*. Tarnobrzeg, Wydawnictwo PWSZ, s. 125–152.

- Biel K., 2010, *Zła resocjalizacja czy resocjalizacja zła*. W: K. Biel, M. Sztuka (red.), *Resocjalizacja wobec tajemnicy zła*. Kraków, Wydawnictwo WAM, „Ignatianum”, s. 133–160.
- Epstein S., 2006, *Conscious and unconscious self-esteem from the perspective of cognitive-experiential self-theory*. W: M.H. Kernis (red.), *Self-esteem: Issues and answers. A sourcebook of current perspectives*. New York and Hove, Psychology Press, Taylor and Francis Group, s. 69–76.
- Gózdź J., Wysocka E., 2011, *Autorytaryzm a poglądy na resocjalizację i wybrane ich korelaty*. W: E. Golbik, M. Łapot (red.), *Pedagogika*, t. 3. Gliwice. Wydawnictwo GWSP, s. 134–158.
- Harris M.K., 2005, *In search of common ground: the importance of theoretical orientations in criminology and criminal justice*. „Criminology and Public Policy”, 2(4), s. 311–328.
- Hornowska E., 2006, *Co warto wiedzieć o testach psychologicznych*. W: A. Grzechnik (red.), *Testy w poradnictwie zawodowym*. Warszawa, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, s. 7–26.
- Konopczyński M., 1996, *Twórcza resocjalizacja: wybrane metody pomocy dzieciom i młodzieży*. Warszawa, Editions Spotkania.
- Konopczyński M., 2006a, *Metody twórczej resocjalizacji: teoria i praktyka wychowawcza*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, Pedagogium.
- Konopczyński M., 2006b, *Teoretyczne podstawy metodyki oddziaływań resocjalizacyjnych*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Konopczyński M., 2007, *Metody Twórczej Resocjalizacji*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Konopczyński M., 2013, *Kryzys resocjalizacji, czy(li) sukces działań pozornych: refleksje wokół polskiej rzeczywistości resocjalizacyjnej*. Warszawa, Pedagogium, Wyższa Szkoła Nauk Społecznych.
- Konopczyński M., 2014a, *Pedagogika resocjalizacyjna*. Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Konopczyński M., 2014b, *Twórcza resocjalizacja: zarys koncepcji rozwijania potencjałów*. „Resocjalizacja Polska” („Polish Journal of Social Rehabilitation”), 7, s. 13–28.
- Kozielecki J., 2006, *Psychologia nadziei*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Mudrecka I., 2015, *Zniekształcenia poznawcze i ich restrukturyzacja w procesie resocjalizacji młodzieży nieprzystosowanej społecznie*. „Resocjalizacja Polska” („Polish Journal of Social Rehabilitation”), 9, s. 13–26.
- Roe R.A., 2002, *What makes a competent psychologist?* „European Psychologist”, 3, s. 192–202.

- Sęk H., 2012, *Orientacja patogenetyczna i saulogenetyczna w psychologii klinicznej*. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 1. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 39–54.
- Węgliński A. 2000, *Mikrosystemy wychowawcze w resocjalizacji nieletnich. Analiza pedagogiczna*. Lublin, Wydawnictwo UMCS.
- Wysocka E., 2015, *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji. Model teoretyczny i metodologiczny*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wysocka E., 2016, *Diagnoza pozytywna w działaniach pedagoga jako przykład „dobrych praktyk” w pracy z młodzieżą – propozycje narzędzi diagnostycznych*. „Journal of Modern Science”, 4(31), s. 37–61.
- Wysocka E., 2018, *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji. Warsztat diagnostyczny pedagoga praktyka*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wysocka E., Gózdź J., 2012, *Authoritarianism and the views on rehabilitation held by the students of rehabilitation pedagogy*. „The New Educational Review”, 3(29), s. 277–289.

DIAGNOSIS IN REHABILITATION – THE POSITIVE VS. NEGATIVE PERSPECTIVES,  
THEORY VS. PRACTICE OF DIAGNOSING

**Abstract:** In this study, the author presented a theoretical and methodological model of a social-rehabilitation diagnosis. In further parts of the article, an analysis was made of (1) the theoretical assumptions of positive social rehabilitation, and (2) the theoretical assumptions of positive social-rehabilitation diagnosis. Main areas of diagnosis were indicated and described: intrapersonal and interpersonal attitudes, attitudes towards the world and towards one's own life, as well as basic elements of the diagnosis process in a positive and negative approach (the complementary model).

**Keywords:** social-rehabilitation diagnosis, the positive and negative models of diagnosis, salutogenesis, pathogenesis, cognitive personality concept