

Rozdział 5

Diagnoza socjoterapeutyczna młodzieży

Diagnoza w socjoterapii

Celem diagnozy w socjoterapii jest zdobycie wiedzy o poziomie zaburzeń zachowania dzieci i młodzieży, ich prawdopodobnych przyczynach oraz sytuacji niekorzystnej w najbliższym otoczeniu, aby przygotować oddziaływania socjoterapeutyczne umożliwiające korekcyjne działania wobec dzieci i młodzieży w problematycznym obszarze¹. Punktem wyjścia do pracy korekcyjnej zaburzeń zachowania u młodego człowieka jest założenie, że stoją za nim przykre emocje, takie jak: poczucie winy, niepokój, świadomość krzywdy, gniew, osamotnienie oraz sądy poznawcze na własny temat. K. Sawicka wnioskuje, że u podstaw takich przeżyć leżą doznawane w przeszłości stany emocjonalne, z którymi dzieci i młodzież nie byli w stanie sobie poradzić².

Katarzyna Sawicka³ zwraca uwagę na poszukiwanie urazu emocjonalnego i inne aspekty, między innymi: poczucie własnej wartości, akceptacji własnej

¹ T. Jadczyk-Szumilo, *Diagnoza w procesie socjoterapii*, www.swiatproblemow.pl (dostęp: 25.09.2016).

² K. Sawicka (red.), *Socjoterapia*, CMPPP MEN, Warszawa 1999, s. 18.

³ *Ibidem*, s. 20.

osoby oraz zaufania do innych osób i nadpobudliwości psychoruchowej, przemocy domowej czy niedostosowania społecznego. Wspólnym mianownikiem wymienionych wyżej kryteriów diagnostycznych jest uraz emocjonalny. Jako podstawę urazu emocjonalnego wskazuje się: sytuację przemocy w rodzinie, odtrącenie przez rodziców, długotrwałą demoralizację i brak satysfakcjonujących kontaktów z osobami najbliższymi, a także brak wsparcia w rodzinie w trudnej sytuacji życiowej. Socjoterapia polega na stworzeniu dzieciom i młodzieży warunków umożliwiających zajście procesu socjoterapeutycznego. Proces ten jest prowadzony w trakcie zajęć ujętych w różne formy. Zajęcia z młodzieżą i dziećmi pełnią funkcję terapeutyczną i stanowią doświadczenia korygujące. Prowadzenie zajęć socjoterapeutycznych jest pracą, w której istotne są cechy osoby prowadzącej, jej zainteresowania i posiadane przez nią umiejętności interpersonalne. Wskazane jest, aby w grupie znalazła się młodzież o różnych rodzajach zaburzeń, ponieważ ułatwi to prowadzenie grupy i wpłynie korzystnie na właściwe procesy grupowe⁴.

Zaburzenia zachowania

„Według Klasyfikacji DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego główne cechy zaburzeń zachowania to powtarzające się wzory zachowania, obejmujące łamanie podstawowych praw i norm społecznych stosownych dla danego wieku”. Cechą wspólną zaburzeń zachowania jest agresja fizyczna obejmująca formę okrucieństwa⁵.

Poniżej zostaną przedstawione kryteria DSM-IV służące do diagnozy zaburzeń zachowania. Jeżeli w ciągu kolejnych 12 miesięcy wystąpią przynajmniej trzy z niżej wymienionych kryteriów zachowań, przy czym przynajmniej jedno z nich musi wystąpić w ciągu kolejnych sześciu miesięcy, to będziemy mogli stwierdzić występowanie zaburzeń zachowania. Do tych kryteriów zalicza się:

- Agresję w stosunku do ludzi i zwierząt:
 - częste znęcanie się, grożenie lub zastraszanie,
 - częste wszczynanie bójek,
 - użycie broni, które może spowodować poważne uszkodzenia ciała,
 - fizyczne okrucieństwo wobec ludzi,
 - fizyczne okrucieństwo wobec zwierząt,
 - dokonanie kradzieży połączonej z konfrontacją z ofiarą,
 - zmuszanie kogoś do czynności seksualnych.

⁴ J. Strzemieczny, *Zajęcia socjoterapeutyczne*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1988, s. 25.

⁵ P.C. Kendall, *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców*, Wydawnictwo GWP, Sopot 2012, s. 64.

- Niszczenie mienia:
 - umyślne podłożenie ognia z zamiarem spowodowania znacznych szkód,
 - umyślne niszczenie cudzej własności.
- Oszustwo lub kradzież:
 - włamanie do cudzego domu, budynku lub samochodu,
 - kłamstwa w celu zdobycia dóbr lub przysług albo uniknięcia zobowiązań,
 - kradzież przedmiotów o istotnej wartości.
- Poważne naruszenie zasad:
 - częste niewracanie na noc do domu pomimo zakazu rodziców (począwszy od wieku poniżej 13 lat),
 - co najmniej dwukrotne nocne ucieczki z domu podczas mieszkania z rodzicami lub opiekunami,
 - wagarowanie (zaczynające się w wieku poniżej 13. roku życia)⁶.
- Uwzględniając wiek życia dziecka w chwili wystąpienia zaburzeń zachowania, wyróżnia się następujące ich kategorie:
 - zaburzenia zachowania w okresie dzieciństwa (w wieku poniżej 10. roku życia),
 - zaburzenia zachowania w wieku dojrzewania (powyżej 10. roku życia).

Ponadto w nasileniu zaburzeń zachowania wyróżnia się jego trzy poziomy, mianowicie: poziom łagodny (zaburzenie powoduje niewielkie szkody), umiarkowany (liczba zaburzeń zachowania i ich wpływ na innych są pośrednie między stopniem łagodnym a ciężkim), ciężki (liczba zaburzeń i ich wpływ na innych są duże, objawy zaburzeń są sprzężone ze sobą, np. kradzież w konfrontacji agresywnej z ofiarą)⁷.

Zaburzenia zachowania są powiązane z łamaniem fundamentalnych praw innych, a zaburzenie opozycyjno-buntownicze obejmują zachowania negatywistyczne, wrogie i buntownicze, trwające co najmniej sześć miesięcy. Jednak postawienie diagnozy wymaga kryteriów wskazujących, że u danej osoby wystąpiły cztery z następujących zachowań:

- często traci panowanie nad sobą,
- często kłóci się z osobami dorosłymi,
- często nie podporządkowuje się ustalonym zasadom lub odmawia stosowania się do wymagań dorosłych,
- często jest drażliwa,
- często jest złośliwa i mściwa⁸.

⁶ Ibidem, s. 64.

⁷ Ibidem.

⁸ Ibidem, s. 65.

Zasady i funkcje diagnozy zaburzeń w zachowaniu młodzieży

Diagnozowanie zmierzające do oceny rozmiarów zaburzeń zachowania prowadzi do poszerzenia wiedzy i efektów profilaktyczno-terapeutycznych, gdy opiera się na dwóch podstawowych zasadach. Pierwsza zasada odnosi się do rozpoznania przejawów zaburzeń zachowania we wczesnych okresach rozwojowych dziecka. Jest to okres pokrywający się z wiekiem osiągnięcia dojrzałości szkolnej, 5.–6. rok życia, oraz początek okresu adolescencji, czyli 11–12 lat (dziewczęta) i 13–14 lat (chłopcy). Prawidłowy program socjoterapeutyczny zakłada, że diagnoza w tych dwóch okresach życia wzajemnie się weryfikuje, tzn. diagnoza na etapie wczesnej adolescencji daje możliwość ujawnienia jednostek, których zaburzenia z różnych powodów nie zostały dostrzeżone w czasie diagnozy dojrzałości szkolnej, oraz wyeliminowania jednostek, których zaburzenia miały charakter okresowy. Diagnoza w drugim etapie zakłada natomiast rezultat transformacji podstawowych form zaburzeń, przekształcanie się zaburzeń jawnych (np. agresji) w ukryte (np. kradzieże). Druga zasada zakłada konieczność prowadzenia diagnozy w obrębie całej populacji dzieci, przede wszystkim obejmowanie nią tylko dzieci o widocznych, zaawansowanych przejawach zaburzeń zachowania⁹.

Rozpoznanie diagnostyczne prowadzi do głębszego poznania zjawiska zaburzeń w zachowaniu. Warto zaznaczyć, że z punktu widzenia poznawczego w socjoterapii celowe i cenne są badania prowadzone w trzech fazach rozwojowych, to znaczy: 1) w okresie 5–6 lat, 2) na początku okresu adolescencji, a także 3) pod koniec okresu adolescencji, wtedy, gdy jednostka osiąga pełną dojrzałość rozwoju moralnego i wchodzi w szeroki kontekst ról społecznych. Zarówno na pierwszym, jak i na drugim etapie diagnozy określa się liczbę dzieci zaburzonych, co umożliwia ocenę środków i kosztów działań profilaktycznych oraz różnorodność planów terapeutycznych¹⁰.

Niedostosowanie społeczne

Powodem kierowania młodzieży na zajęcia socjoterapeutyczne są obserwowane przejawy niedostosowania społecznego. Według Kazimierza Pospiszyla i Ewy Żabczyńskiej istnieją dwie grupy przyczyn niedostosowania społecznego wśród dzieci i młodzieży:

⁹ B. Urban, *Zaburzenia w zachowaniu i przestępczości młodzieży*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2000, s. 73.

¹⁰ *Ibidem*, s. 75.

1. Przyczyny społeczne – sytuacja rodzinna, trudności w emocjonalnym związku z rodzicami, metody wychowawcze i opiekuńcze stosowane w domu rodzinnym, warunki szkolne lub wpływ grupy rówieśniczej.
2. Przyczyny biologiczne – związane z genetyką i właściwościami temperamentalnymi jednostki¹¹.
Do przejawów niedostosowania społecznego należą: niepowodzenia szkolne i wagary, picie alkoholu oraz działania przestępcze¹².

Natomiast Zbigniew B. Gaś wymienia różne rodzaje zaburzeń dysfunkcyjnych i dzieli je na:

- fizyczno-genetyczne – związane ze złym odżywianiem oraz niskim poziomem ekonomicznym życia i niezaspokajaniem podstawowych potrzeb,
- poznawczo-emocjonalne – powiązane z postrzeganiem siebie jako depresyjnego, przy ograniczonym poczuciu sensu i samoświadomości, jak również przeświadczeniu, że rówieśnicy realizują swoje potrzeby i są aktywni,
- behawioralne – związane z niskimi osiągnięciami szkolnymi, a czasem z brakiem samokontroli,
- sieć społeczną – która cechuje się brakiem kontroli uczuciowej ze strony rodziców oraz niezdolnością młodego człowieka do tworzenia silnych więzi,
- społeczne – związane są z presją kultury, nieistnieniem silnych wzorów kulturowych¹³.

Potrzeby rozwojowe młodzieży i konsekwencje wynikające z braku ich zaspokojenia

Z punktu widzenia diagnozy socjoterapeutycznej istotne jest zwrócenie uwagi na rozwój jednostki w okresie adolescencji, a w szczególności na potrzeby rozwojowe.

Adolescencja dzieli się na dwa etapy – wczesną i późną fazę adolescencji, rozdzieloną kryzysem tożsamości, który pojawia się około 16. roku życia. W pierwszym etapie pojawiają się zmiany biologiczne związane z przemianami w sferze psychiki, natomiast w drugim stadium następuje wyciszenie i stabilizacja w zakresie tych zmian. W sferze poznawczej u młodego człowieka pojawia się rozwój myślenia logicznego oraz abstrakcyjnego, procesy informacyjne przebiegają szybciej i dokładniej. Konflikty młodzieży z dorosłymi wynikają z nieokreślonego statusu

¹¹ K. Pospiszyl, E. Żabczyńska, *Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1995, s. 21.

¹² Ibidem, s. 21.

¹³ Z.B. Gaś, *Pomoc psychologiczna młodzieży*, Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1995, s. 32.

młodych osób, tzn. adolescent nie jest już dzieckiem, ale też nie jest jeszcze osobą dorosłą. Rodzice są nadal kimś ważnym w jego życiu. Obok nauki szkolnej aktywność młodzieży poszerza się o nowe dziedziny i jest bardziej zróżnicowana. W tym okresie pojawia się także coraz większe zaangażowanie młodzieży w aktywność społeczno-polityczną: zainteresowania współczesnej młodzieży skoncentrowane są na osobistym życiu i przyszłej pracy zawodowej¹⁴.

Kryzys wieku dojrzewania może doprowadzić adolescenta do „szaleństwa”, czego konsekwencją są nowe sposoby zachowywania się oraz myślenia. Zdaniem Andrzeja Kitrasiewicza kryzys młodzieńczy staje się normą, a patologią będzie raczej niewchodzenie w niego. Trudna sytuacja kryzysu jest związana z okresem dojrzewania i może być przeżywana na kilka sposobów:

- młody człowiek podejmuje trud, boryka się z kryzysem, starając się z niego wyjść z nowymi umiejętnościami i możliwościami;
- młody człowiek wchodzi w kryzys, boryka się z nim, jednak nie jest w stanie z niego wyjść i dochodzi do załamania psychicznego: w uproszczeniu pojawiają się trzy rozwiązania:
 - self i fantazje kłócą z rzeczywistością zewnętrzną, pojawiają się stany prepsychotyczne i psychotyczne,
 - self i fantazje zostają zróżnicowane od świata zewnętrznego, jednak self nie modyfikuje stałych schematów funkcjonowania,
 - różnicowany jest świat wewnętrzny od świata zewnętrznego, ale utrata empatii bądź superego prowadzi do rozwinięcia się stanów psychopatycznych¹⁵.

Młody człowiek, który nie przechodzi kryzysu w okresie dojrzewania, może być postrzegany jako jednostka niedojrzała, ponieważ następuje ograniczenie jego rozwoju osobistego bądź osobowości. Dlatego dojrzewanie młodzieży staje się dla rodziców okresem ogromnej próby, czasami kierowania się własną bezradnością, złością oraz lękami, które przeplatają się z wątkami separacyjnymi¹⁶. Głównym zadaniem adolescencji będzie synteza ego na nowym etapie rozwoju osobowości. Duża siła impulsów, będąca wynikiem wcześniejszych faz okresu rozwojowego, jest związana z siłą impulsów popędowych, powodujących różnego rodzaju zachowania związane z eksperymentowaniem czy buntem wynikającym z aktywizacji poprzednich sposobów funkcjonowania osobowości. Wynikiem są konflikty w rodzinie, a superego zostaje zdeorganizowane, powodując utratę uwewnętrznionych obrazów rodziców, czego rezultatem będzie wrażenie

¹⁴ B. Harwas-Napierała, J. Trempała, *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2004, s. 21.

¹⁵ M. Wilk, *Diagnoza w socjoterapii*, op. cit., s. 120–121.

¹⁶ Ibidem, s. 120–121.

samotności¹⁷. Drugim zadaniem okresu rozwojowego adolescencji jest struktura superego w dążeniu do wytworzenia własnej etyki społecznej. Młody człowiek postrzega swoich rodziców jako osoby dobre, mające swoje wady i zalety, stara się przy tym uznać, że staje się do nich podobny, a nawet, że posiada takie same cechy, które wcześniej silnie atakował¹⁸. Erik Erikson ten etap rozwoju nazwał okresem dylematów intymności oraz izolacji. Zdaniem autora jednym z zadań rozwojowych jest budowanie tożsamości w procesie tworzenia związku z osobami, które są spoza kręgu rodzinnego. Z wszystkich faz adolescencji najtrudniejsza jest druga faza, zwana w sposób potoczny fazą buntu i naporu. Jednak dla adolescenta wydaje się być bardziej wymagająca kolejna faza, wymagająca działania i realizacji większości zadań rozwojowych oraz konfrontacji z pustką porzucenia własnej rodziny, a co istotne – brakiem pewności siebie w zakresie swoich możliwości¹⁹.

Narzędzia diagnostyczne wykorzystywane w socjoterapii młodzieży

Poniżej zostaną zaprezentowane narzędzia, które mogą być wykorzystane w celu przeprowadzenia diagnozy młodych ludzi celem zakwalifikowania ich do udziału w zajęciach socjoterapeutycznych.

Skala Nieprzystosowania Społecznego (SNS) autorstwa Lesława Pytki

Narzędzie przeznaczone do wstępnej diagnozy nieprzystosowania w funkcjonowaniu społecznym dzieci i młodzieży (w wieku od 13 do 17 lat). Ułatwia określenie dominujących postaw antyspołecznych oraz niepoprawności funkcjonowania w rodzinie, szkole i grupie rówieśniczej. Określa stopień niekorzystnych czynników biopsychicznych i socjokulturowych oddziałujących na dziecko w jego otoczeniu. Celem skali jest rejestracja różnorodnych zachowań na podstawie obserwacji dziecka prowadzonej przez rodziców, nauczycieli i wychowawców. Jest skalą szacunkową pozwalającą określić intensywność i częstotliwość występowania cech lub zachowań uznawanych przez społeczeństwo za niekorzystne i szkodliwe. Nieprzystosowanie społeczne przejawia się w zachowaniach nieadekwatnych i powtarzających się, ujawniających się w nieprzestrzeganiu norm społecznych i lekceważeniu oczekiwań społecznych. Wspomniane narzędzie składa się z 60 pozycji, które są przyporządkowane sześciu skalom mierzącym zjawiska

¹⁷ Ibidem, s. 122.

¹⁸ Ibidem, s. 124.

¹⁹ Ibidem, s. 125.

merytoryczne w diagnozie nieprzystosowania społecznego. Podstawą określenia nieprzystosowania społecznego jest suma uzyskanych punktów pozyskiwanych w każdej skali cząstkowej oddzielnie, a liczba wskaźników cząstkowych o wysokim natężeniu ustalonych zaburzeń przedstawia okolice wadliwości w społecznym funkcjonowaniu jednostki²⁰. Każda ze skal obejmuje 10 wskaźników ocenianych w skali trójstopniowej, pozwalającej na dokonanie pomiaru funkcjonowania w rolach społecznych zarówno rodzinnych, rówieśniczych oraz szkolnych, zachowań antyspołecznych, jak i niekorzystnych czynników biopsychicznych i socjokulturowych determinujących przejawiane zachowania. Badanie wykonuje psycholog lub pedagog posiadający ogólną wiedzę o nieprzystosowaniu społecznym oraz założeniach teoretyczno-metodologicznych skali²¹.

Badanie może przeprowadzić pedagog lub psycholog mający ogólną wiedzę na temat nieprzystosowania społecznego oraz znający założenia teoretyczno-metodologiczne dotyczące narzędzia. Istotny z punktu widzenia prowadzonej diagnozy jest trafny dobór osób, które będą źródłem informacji na temat osoby badanej (powinna być to osoba znająca osobę diagnozowaną oraz jej środowisko i sytuację społeczną). Szukając osób do zebrania materiału diagnostycznego, należy się również kierować tym, jakie informacje chcemy uzyskać (np. dotyczące środowiska rodzinnego – rodzice; środowiska szkolnego – nauczyciele, wychowawca, pedagog). Badanie należy prowadzić indywidualnie, trwa ono 12–15 minut dla każdej ze skal. Uzyskane wyniki można poddać analizie ilościowej i jakościowej. Należy również zaznaczyć, że badanie SNS nie powinno stanowić jedynej techniki w diagnozie zaburzeń zachowania²².

Skala została sprawdzona pod względem psychometrycznym, jest wystandaryzowana oraz ma ustalone normy stenowe (dla dziewcząt i chłopców). Współczynnik rzetelności SNS dla poszczególnych skal zawiera się w przedziale od 0,922 do 0,667²³.

Arkusze Diagnostyczne Dunkfielda H. Stotta w adaptacji Jana Konopnickiego

Narzędzie pozwala na dokonanie kwalifikacji rozpoznania niedostosowania społecznego w wieku szkolnym. W nowszych wersjach pojawiają się formularze dostępne do oceny zaburzeń u dziewcząt i chłopców w wieku od 5 do 16 lat²⁴.

²⁰ E. Wysocka, *Diagnoza w resocjalizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 229.

²¹ Ibidem, s. 229.

²² L. Pytka, *Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*, Warszawa 2000, s. 378–379.

²³ Ibidem, s. 395.

²⁴ E. Wysocka, *Diagnoza w resocjalizacji*, op. cit., s. 233.

Zaproponowana technika analizy danych obserwacyjnych pozwala na określenie złożonych syndromów stanowiących elementy składające się na różne formy niedostosowania społecznego, takich jak: brak zaufania do ludzi i rzeczy (Z), depresja (D), wycofanie się ze świata rzeczywistego (W), niepewność i niepokój o zainteresowanie dorosłych (NN), wrogość w stosunku do dorosłych (WR), niepokój o przyjęcie przez inne dzieci (ND), aspołeczność (As), wrogość do innych dzieci (WRD), niespokojna natura (NNa), braki środowiskowe (Śr), tępota umysłowa (T), różne symptomy napięcia emocjonalnego (RNE), różne symptomy nerwicowe (RN), choroby i wady organiczne (Ch), upośledzenia fizyczne (UpF), seksualizm (S). W nowszych opracowaniach Arkusza Obserwacyjnego Stotta wyróżnia się 11 głównych symptomów, które składają się na ogólny wskaźnik niedostosowania społecznego określającego naturę (rodzaj) i stopień niedostosowania społecznego: brak zaufania do ludzi, nowych sytuacji (U – unforthcoming-ness), wycofanie się (W – withdrawal), depresja (D – depression), niepokój, lęk (X – anxiety), wrogość wobec dorosłych (HA – hostility towards adults), opozycja wobec dorosłych i ich standardów (K – writing-off adults and adult standards), niepokój o akceptację innych dzieci (L – anxiety for acceptance by children), wrogość wobec dzieci (HC – hostility towards children), niepokój (R – restlessness), różne symptomy emocjonalne (M – miscellaneous emotional symptoms), zgrupowane (associated groupings) w cztery główne kategorie: aspołeczność, zachowania zahamowane, zachowania demonstracyjno-bojowe i symptomy neurologiczne²⁵.

W wersji polskiej propozycja kategoryzacji poszczególnych syndromów zmierza w kierunku wyłonienia dwóch głównych rodzajów niedostosowania społecznego: zachowania zahamowanego (syndromy: Z – brak zaufania do ludzi, nowych rzeczy i sytuacji, D – depresja, W – wycofanie się, symptomy NNa – niespokojna natura, ND – niepokój o przyjęcie przez inne dzieci, NN – niepewność i niepokój o zainteresowanie dorosłych, wyznaczające niekonsekwentne zachowanie się) oraz demonstracyjno-bojowego (WR – wrogość w stosunku do dorosłych, WRD – wrogość w stosunku do dzieci, As – łagodniejsze formy aspołeczności)²⁶. Poziom niedostosowania społecznego jest wyznaczany za pomocą ostrych i słabych odcinków, tzw. itemów, ich liczebność jest wskaźnikiem poziomu niedostosowania społecznego, suma od 9 do 15 zakreśleń odpowiada za zaburzenia zachowania, suma od 21 do 25 zakreśleń sugeruje niedostosowanie społeczne o średnim poziomie, natomiast suma powyżej 25 zakreśleń jest informacją o ostrej postaci niedostosowania społecznego. Powszechnie kryteria są stosowane w ocenie niedostosowania społecznego, jednak formułowane oceny traktuje się jedynie orientacyjnie²⁷.

²⁵ Ibidem, s. 233.

²⁶ Ibidem, s. 237.

²⁷ Ibidem.

Prezentowane narzędzie jest wystandaryzowane oraz ma ustalone normy dla dwóch głównych skal oraz pięciu syndromów (U, W, D, I, H). Arkusz składa się z trzech wersji:

1. Dziecko w szkole (202 pozycje).
2. Dziecko w internacie (212 pozycji).
3. Dziecko w rodzinie – składa się z trzech części: A – niesprzyjające elementy sytuacji rodzinnej; B – reakcje badanego na sytuację rodzinną; C – ogólny brak poczucia bezpieczeństwa w rodzinie.

Narzędzie stosuje się do badań przesiewowych (selekcja dzieci i młodzieży zagrożonych niedostosowaniem społecznym) oraz do diagnozy konkretnej osoby, aby określić stopień i rodzaj niedostosowania społecznego. Arkusz może być wypełniony przez nauczyciela wychowawcę, który dobrze zna diagnozowanego. Następnie bada się dzieci zakwalifikowane jako zagrożone niedostosowaniem społecznym (wersja 1 i 2). Uzupełnieniem jest badanie środowiska rodzinnego poprzez przeprowadzenie wywiadu z dzieckiem, jego rodzicami lub innymi osobami z jego otoczenia społecznego²⁸.

Arkusz Obserwacyjny Thomasa M. Achenbacha – narzędzie do oceny stopnia i typu zaburzeń w zachowaniu – wersja YSR

W celu przeprowadzenia całościowej diagnozy zaburzeń w funkcjonowaniu dzieci i młodzieży skorzystać można z zestawu technik diagnostycznych, opracowanych przez Th.M. Achenbacha i Craiga Edelbrocka²⁹. Zestaw składa się z trzech wersji arkuszy obserwacyjnych oraz kwestionariusza samoobserwacji. Poniżej zostanie zaprezentowana wersja dla młodzieży – Youth Self-Report (YSR). Narzędzie służy do uzyskiwania standardowych objaśnień zachowania, a nie do wprowadzania wniosków diagnostycznych, dlatego nie stanowi wystarczającej podstawy do dokonywania diagnozy różnicowej³⁰. Kwestionariusz został opracowany dla młodzieży w wieku od 11 do 18 lat, ma na celu ocenę własnych kompetencji i problemów emocjonalnych. Używany jest jako element oceny wstępnej zaburzeń zachowania. Zaleca się jednak rozmowę na temat problemów osoby badanej, która powinna być poprzedzona pisemną formą wypełnienia kwestionariusza. Arkusz pozwala na identyfikację dwóch podstawowych zaburzeń w zachowaniu: internalizacyjnych i eksternalizacyjnych. Skala składa się z 8 podskal opisujących różne symptomy: skala I – „Wycofanie”, obejmująca chorobliwe unikanie kontaktów społecznych w dzieciństwie oraz w wieku młodzieńczym, skala II – „Symptomy somatyczne”, stanowiące zespół objawów somatycznych

²⁸ Ibidem, s. 233–237.

²⁹ Ibidem, s. 241.

³⁰ B. Urban, *Zachowania dewiacyjne młodzieży*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2000, s. 79.

występujących bez widocznej przyczyny organicznej, skala III – „Lęki i depresja”, stanowiące egzemplifikację negatywnego afektu, który ma ze sobą powiązane stany lękowe oraz depresyjne, skala IV – „Problemy społeczne”, odnoszą się do nieefektywnego funkcjonowania w grupie rówieśniczej, skala V – „Zaburzenia myślenia” mogą być traktowane jako symptomy zaburzeń psychicznych, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i zaburzeń lękowych, skala VI – „Problemy uwagi”, powiązana z typem eksternalizacyjnym stanowiącym samodzielny zespół objawów ujawniających się w różnych sytuacjach niezależnych od syndromów ogólnych, skala VII – „Zachowania niedostosowane – przestępcze”, polegające na ocenie prawnej, tzn. zachowań niedostosowanych i przestępczych, skala VIII – „Zachowania agresywne”, odnoszące się do form agresji skierowanej do ludzi lub przedmiotów. Diagnostę obowiązuje zasada poufności. Prezentowane narzędzie może być wykorzystywane w przeprowadzaniu diagnozy przez nauczycieli, wychowawców, pedagogów czy psychologów. Czas trwania badania wynosi ok. 15 min (przy czym nie należy go ograniczać)³¹.

Narzędzie zostało zaadaptowane do warunków polskich przez Tomasza Wolańczyka. Arkusz został sprawdzony pod względem psychometrycznym (ogólne wyniki są zadowalające), ponadto przeprowadzono normalizację narzędzia (skala tenowa – T, 100-punktowa)³².

Skale diagnostyczne dla dzieci (CAS) do diagnozy zaburzeń w zachowaniu dzieci

Założeniem głównym stanowiącym podstawę konstrukcji skali jest pełna zgodność z kryteriami diagnostycznymi zawartymi w klasyfikacji DSM-III. Kwestionariusz skierowany jest od 7. roku do okresu dojrzewania. Skala skonstruowana jest w taki sposób, że wiąże standaryzowany wywiad z dzieckiem i wywiad z rodzicem oraz obserwację zachowania dziecka w czasie przeprowadzania wywiadu. CAS stanowi zestaw pytań służących do zbierania informacji o natężeniu objawów, czasie ich trwania oraz momencie wystąpienia pierwszych objawów i arkusza z obserwacji zachowań dziecka. Wersja dla rodziców (P-CAS) jest równoległą formą wywiadu, prowadzonego z rodzicami, pozwalającego na weryfikację informacji uzyskanych od dziecka, i zezwala na uzupełnienie wiadomości dotyczących stanu psychicznego i emocjonalnego dziecka. Skala obejmuje wystandaryzowany zestaw pytań i prób oraz wystandaryzowany zestaw kategorii oceny odpowiedzi opisujących zachowania dziecka³³. Skala CAS składa się z 310 pozycji,

³¹ E. Wysocka, *Diagnoza w resocjalizacji*, op. cit., s. 244.

³² T. Wolańczyk, *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*, Warszawa 2002, s. 87–89.

³³ R. Porzak, *Polska adaptacja skal CAS i P-CAS do diagnozy zaburzeń zachowania u dzieci*, [w:] *Psychologia wychowawcza stosowana. Wybrane zagadnienia*, (red.) Z.B. Gaś, Lublin 1999, s. 220.

z czego 235 jest adresowanych bezpośrednio do dziecka, 16 pozycji znajduje się w drugiej części, a 59 pozycji – w części obserwacyjnej. W trakcie badania diagnosta sam decyduje, które pytanie zada dziecku (80 pytań), a kolejność i liczba zależy od typu udzielanych odpowiedzi. Każde badanie jest poprzedzone rozmową wprowadzającą mającą na celu nawiązanie kontaktu i wzbudzenie zaufania dziecka. Przedstawia się najczęściej cel badania oraz pytania eliminujące lęk przed udzielaniem odpowiedzi³⁴. Skala CAS pozwala identyfikować następujące kategorie zaburzeń:

- Zaburzenia koncentracji uwagi związane z nadpobudliwością (brak uwagi, impulsywność, nadmierna aktywność).
- Zaburzenia koncentracji uwagi bez objawów nadpobudliwości (brak uwagi, impulsywność).
- Zaburzenia zachowania związane z brakiem uspołecznienia i agresją (powtarzające się zachowania agresywne, w których łamane są prawa innych, zaburzone więzi z innymi ludźmi, zaburzona sfera uczuciowa, brak empatii).
- Zaburzenia związane z brakiem uspołecznienia bez komponentu agresji (zachowania nieagresywne, ale łamiące prawa innych, normy i zasady społeczne nieadekwatne do wieku rozwojowego dziecka, zaburzone więzi i sfera uczuciowa, brak empatii).
- Zaburzenia zachowania występujące przy prawidłowym nawiązywaniu kontaktów społecznych, lecz z pojawiającą się jednocześnie agresją (zachowania agresywne łamiące prawa innych, ale występowanie też prawidłowych związków społecznych).
- Zaburzenia zachowania występujące przy prawidłowym nawiązywaniu kontaktów społecznych bez objawów agresji (zachowania nieagresywne łamiące prawa innych, normy i zasady adekwatne do poziomu rozwoju dziecka, przy występowaniu pozytywnych związków społecznych).
- Lęk separacyjny (nadmierna obawa przed rozdzieleniem dziecka z osobami, z którymi jest silnie związane).
- Unikanie kontaktu (uporczywe i nadmierne unikanie kontaktu z obcymi osobami, brak potrzeby uczucia i akceptacji, ogólnie niezadowolające i chłodne relacje z członkami rodziny i osobami spokrewnionymi).
- Nadmierna lękliwość (uogólniony i uporczywy lęk niezwiązany z separacją).
- Zaburzenia schizoidalne (brak bliskich przyjaciół, izolacja społeczna, brak chęci nawiązywania przyjaźni, brak zadowolenia z kontaktu z rówieśnikami, ogólna niechęć do kontaktu z osobami spoza rodziny, zwłaszcza z rówieśnikami, brak zainteresowania zajęciami związanymi z kontaktami z innymi dziećmi).

³⁴ E. Wysocka, *Diagnoza w resocjalizacji*, op. cit., s. 250.

- Opór (nieposłuszeństwo, negatywizm, prowokacyjny sprzeciw wobec autorytetów, przy czym dziecko nie łamie praw innych, norm i zasad społecznych adekwatnych do wieku rozwojowego).
- Moczzenie się (mimowolne oddawanie moczu w ciągu dnia lub w nocy, niezwiązane z zaburzeniami fizjologicznymi, np. cukrzycą lub zaburzeniami napadowymi).
- Depresja (obniżony nastrój, brak przyjemności i zainteresowania wszystkimi lub prawie wszystkimi sposobami spędzania czasu, smutek, przygnębienie, brak nadziei, irytacja, symptomy te są wyraźne i trwałe).
- Fobie (uporczywy, nieracjonalny lęk lub nieodparte pragnienie unikania obiektów lub sytuacji innych niż bycie samemu lub przebywanie w miejscach publicznych z dala od domu – agorafobia, fobia społeczna).
- Natręctwa (zachowania obsesyjne i czynności kompulsywne)³⁵.
Omawiane narzędzie nie zostało jeszcze zaadaptowane do polskich warunków, mimo że zostało sprawdzone pod względem psychometrycznym.

Model diagnozy niedostosowania społecznego i asocjalności autorstwa Jana M. Stanika

Diagnozowanie asocjalności młodzieży przeprowadza się na trzech poziomach: pomiaru, analizy oraz interpretacji danych; to poziom rozpoznania bezpośredniego, odnoszący się do identyfikacji objawów obejmujących czynności i działania o charakterze asocjalnym. Poziom wnioskowania diagnostycznego polega na wykreowaniu konstruktów pośredniczących pomiędzy objawami a opisem osobowości asocjalnej oraz poziomem wnioskowania interpretacji i syntezy, wiążącej się z odniesieniem do uzyskanych wyników przyjętych do systemu teoretycznego. W ujęciu tym diagnoza będzie obejmowała płaszczyznę behawioralną (przejawy) oraz psychologiczną (dysfunkcjonalne przejawy osobowości). Ma głównie charakter analizy przypadku, w której zawierają się diagnozy parcjalne, syntetyzowane w końcowym etapie postępowania diagnostycznego³⁶.

Wyróżniamy dwa elementy, które stanowią obszar diagnozy: **styl życia** określany jako nadrzędny konstrukt opisowy oraz **czynniki ryzyka** ułożone w instytucjonalnych strukturach społecznych. **Styl życia** jest zespołem codziennych i dostępnych w obserwacji specyficznych zachowań dla poszczególnej jednostki ujawniających się w funkcjonowaniu. Elementami składowymi życia są skrypty, czyli schematy poznawcze, stanowiące reprezentację zdarzeń oraz sekwencję działań w całokształcie własnej aktywności podmiotu. W kontekście diagnozy niedostosowania społecznego i asocjalności istotna jest ocena asocjalnych

³⁵ E. Wysocka, *Diagnoza w resocjalizacji*, op. cit., s. 251.

³⁶ *Ibidem*, s. 256.

i prosocjalnych skryptów, które stanowią o specyfice stylu życia osoby badanej, opisywanej w postaci „mapy”. Obejmują one 12 obszarów aktywności, takich jak: objawy, funkcjonowanie w rodzinie, aktywności w grupie rówieśniczej, czas wolny i wypoczynek, praca, odżywianie się, konsumpcja dóbr, higiena osobista, ubiór, rytm życia i psychologiczne położenie życiowe. Czynniki ryzyka obejmują warunki opiekuńczo-wychowawcze w rodzinie i funkcjonowanie w asocjalnych grupach podkulturowych³⁷.

Ważnym aspektem diagnozowania niedostosowania społecznego i asocjalności są zadania rozwojowe, wynikające z procesualności i etapowości rozwoju jednostki ludzkiej. Ostatecznie określają zadania rozwojowe, które są skorelowane z osobowością w aspekcie „internalizacyjnym” i „eksternalizacyjnym”. Podkreślenia wymaga występowanie dojrzałej relacji z rówieśnikami oraz akceptowanie własnej fizyczności, przygotowania do zawodu i zaangażowanie w życie społeczeństwa. Wskazuje się konieczność uwzględnienia czynników, które determinują wykonanie zadań rozwojowych i odniesienie ich do zdiagnozowanego stanu³⁸.

Prezentowane narzędzie może być stosowane przez pedagogów i psychologów.

Skala wykolejania w tłumaczeniu Mieczysława Radochońskiego

Skalę wykolejania opisali Stanley L. Brodsky i H. O’Neal-Smitherman, a przetłumaczył na język polski i wykorzystał w badaniach własnych M. Radochoński. Narzędzie służy do badania przestępczości młodocianych w zakresie występowania zachowań sprzecznych ze standardami społecznymi. Przedstawia orientacyjne dane dotyczące określonych zachowań, bez uwzględniania ich czynników i mechanizmów. Niedostosowanie społeczne traktowane jest w tej skali jako przejawianie zachowań sprzecznych z normami społecznymi, których treść stanowi kryterium różnicujące typy niedostosowania: interpersonalnego, agresywnego i przestępczego, związanego z łamaniem norm poszanowania własności. Skala została skonstruowana w celu pomiaru częstotliwości dokonywania takich wykroczeń, jak: ataki na inne osoby, wandalizm i kradzieże. Narzędzie zbudowane jest z trzech skal. Skala I dotyczy wandalizmu (8 pozycji) – mierzy skłonność do niszczenia mienia. Skala II odnosi się do ataków na inne osoby (8 pozycji), mierzy częstotliwość ataków kierowanych wobec innych osób, a skala III – kradzieży (5 pozycji) i służy do pomiaru przywłaszczania sobie cudzego mienia. Pytania wskaźnikowe wyposażone są w 5-stopniową skalę typu częstotliwości i mają charakter listy zachowań nieaprobowanych społecznie. Wykorzystywane w badaniach zachowań antyspołecznych osób małoletnich oraz do oceny analogicznych

³⁷ Ibidem, s. 257.

³⁸ Ibidem, s. 258.

zachowań osób dorosłych analizowanych w perspektywie przeszłości. Narzędzie nie posiada norm, zatem kryterium odniesienia dla oceny jakościowej i względnego poziomu niedostosowania społecznego jest kategoryzacją wyników dokonanych na podstawie wartości średniej i odchylenia standardowego³⁹.

Inwentarz Carla F. Jesnesa jako technika diagnozowania asocjalności

Narzędzie pozwala zdiagnozować cechy korelujące z nieprzystosowaniem społecznym oraz przestępczością młodzieży (od 13. roku życia). Technika została zaadaptowana przez Radosława Ł. Drwala, jednak nie zakończono prac nad standaryzacją i normalizacją w warunkach polskich. Inwentarz zawiera 155 twierdzeń wskaźnikowych, w których pojawiają się odpowiedzi „prawda”, „nieprawda”, wykorzystywane do diagnozy 10 przejawów asocjalności: niedostosowania społecznego, orientacji wartości, niedojrzałości, autyzmu, uczuć agresywnych, izolowania się, lęków społecznych, represji, zaprzeczania oraz ogólnego wskaźnika asocjalności. Trzy pierwsze skale mają status empiryczny, ponieważ zostały opracowane na podstawie analizy porównawczej młodzieży przestępczej i nieprzestępczej (niedostosowanie społeczne), pochodzącej z różnych warstw społecznych (orientacja wartości) i przestępców młodszych oraz starszych (niedojrzałość). Wyniki analizy pozwalają na zakwalifikowanie osoby badanej do jednego z typów osobowości i określenia wskaźników asocjalności. Narzędzie jest przydatne w diagnozowaniu i prognozowaniu przestępczości⁴⁰.

Technika może być stosowana przez pedagogów i psychologów.

Arkusze Obserwacyjny Zachowania autorstwa Zdzisława Bartkowicza

Prezentowane narzędzie składa się z trzech skal:

- Skala A – opisuje zachowania skierowane przeciwko przełożonym (nauczycielom, rodzicom).
- Skala B – obejmuje zachowania agresywne skierowane na rówieśników.
- Skala C – zawiera opisy zachowań w sytuacjach doznawania agresji.

Pierwotnie skala obejmowała opisy 31 zachowań agresywnych i wykorzystywana była do badania agresywności osób nieletnich. Po modyfikacjach narzędzie wykorzystywane może być przez nauczycieli do diagnozy agresji szkolnej. Skala A i B obejmuje 11 opisów zachowań, a skala C opisuje 7 opisów zachowań. Każda ze skal ma 5-punktową skalę szacunkową typu przysłówkowego (nigdy, rzadko, przeciętnie, często, zawsze), określającą stopień nasilenia zachowania agresywnego u osoby badanej. Przykładowe opisy zachowań agresywnych (Skala A):

³⁹ Ibidem, s. 253.

⁴⁰ Ibidem, s. 255–256.

- | | |
|---|-----------|
| 1. Uderzył przełożonego lub popchnął go w gniewie: | |
| w ogóle | występuje |
| nie zdarza się | nagminnie |
| 5. Odpowiada w sposób arogancki: | |
| w ogóle | występuje |
| nie zdarza się | nagminnie |
| 7. Podburza innych do nieposłuszeństwa | |
| w ogóle | występuje |
| nie zdarza się | nagminnie |
| 8. Złośliwie przeszkadza na lekcjach i innych zajęciach | |
| w ogóle | występuje |
| nie zdarza się | nagminnie |

Informacje, które dotyczą skali i wartości psychometrycznych, oraz pełna wersja Arkusza Obserwacyjnego zawarte są w pracy Z. Bartkowicza *Pomoc terapeutyczna nieletnim agresorom i ofiarom agresji w zakładach resocjalizacyjnych*⁴¹.

Skala Samooceny (TSCS – Tennessee Self Concept Scale)
William H. Fitts

Skala Samooceny (TSCS) jest jednym z popularnych na świecie narzędzi mierzących percepcję i ocenę własnej osoby. Wyróżnia się spośród innych skal bogactwem rozpatrywanych wymiarów samoopisu. Narzędzie składa się ze 100 twierdzeń, które mają 5-stopniową skalę typu Likerta (1 – „w pełni nieprawdziwe”, 2 – „raczej nieprawdziwe”, 3 – „częściowo nieprawdziwe”, „częściowo prawdziwe”, 4 – „raczej prawdziwe”, 5 – „w pełni prawdziwe”), z których 90 wiąże się aspektami samooceny, natomiast 10 stanowi skalę samokrytycyzmu. Wskaźniki samooceny obejmują od trzech poziomów funkcjonowania (Tożsamość, Akceptacja i Zachowanie) do pięciu poziomów aspektów oceny siebie (Ja fizyczne, Ja moralno-etyczne, Ja osobiste, Ja rodzinne i Ja społeczne). Wyniki otrzymywane są przez zsumowanie punktów w rzędach i kolumnach specjalnie skonstruowanego arkusza obliczeniowego. Rezultat łączny trzech poziomów i pięciu kolumn tworzy ogólną punktację, której wynik waha się między 90 a 450⁴².

Narzędzie jest wystandaryzowane i może znaleźć zastosowanie w doradztwie, diagnozie klinicznej czy badaniach zachowania. Może być stosowane przez pedagogów i psychologów.

⁴¹ Z. Bartkowicz, *Pomoc terapeutyczna nieletnim agresorom i ofiarom agresji w zakładach resocjalizacyjnych*, Lublin 1996, s. 88–89, s. 209.

⁴² Z. Bartkowicz, *Agresywność, kompetencje społeczne i samoocena resocjalizowanych nieletnich a ich przestępczość w okresie dorosłości*, Lublin 2013, s. 92.

Skala Samooceny Morissa Rosenberga (SES)

Autorem skali jest M. Rosenberg, kwestionariusz został zaadaptowany przez Irenę Dzwonkowską, Kingę Lachowicz-Tabaczek i Mariolę Łagunę. Skala jest narzędziem jednowymiarowym, które pozwala na ocenę poziomu ogólnej samooceny. Skala składa się z 10 stwierdzeń diagnostycznych. Osoba badana ma za zadanie wskazanie na czterostopniowej skali, w jakim stopniu zgadza się z każdym z twierdzeń. W polskiej adaptacji zostały zgromadzone liczne dane, które dotyczyły trafności narzędzia. Skala ma wysoką wewnętrzną zgodność większości skal (współczynnik alfa Cronbacha dla różnych grup wiekowych waha się od 0,81 do 0,83). Wskaźnik stabilności narzędzia – oceniany metodą test-retest – wynosi 0,50 (pomiar wykonany z odstępem jednego roku) i 0,83 (pomiar wykonany z odstępem 1 tygodnia). Narzędzie posiada normy stenowe opracowane osobno dla kobiet i mężczyzn w trzech grupach wiekowych: 14–18 lat, 19–24 lata i 25–75 lat. Biorąc pod uwagę dobrze zweryfikowaną w polskich badaniach adaptacyjnych trafność teoretyczną oraz łatwość w stosowaniu tego narzędzia, Skala Samooceny SES jest rekomendowana przede wszystkim do badań naukowych. Podręcznik zawiera także dane potrzebne do interpretowania wyników na potrzeby diagnozy indywidualnej⁴³.

Narzędzie może być stosowane przez psychologów oraz innych specjalistów, którzy mają ukończone szkolenie z psychometrii.

Zakończenie

Socjoterapia jest formą pomocy psychologicznej skierowaną do dzieci i młodzieży z trudnościami w funkcjonowaniu społecznym. Polega na stwarzaniu warunków, które pozwolą na odreagowanie emocjonalne napięć związanych z niesprzyjającym środowiskiem wychowawczym i umożliwią pojawienie się zmian w sferze zachowania się dzieci i młodzieży oraz w sposobie myślenia o rzeczywistości. Przedmiotem i podmiotem zmian korekcyjnych i rozwojowych jest młody człowiek, co oznacza, że sam dokonuje zmian w sobie, wyłącznie z pomocą grupy i terapeutów⁴⁴. Socjoterapia dostarcza uczestnikom nowego myślenia o sobie oraz stwarza sytuacje umożliwiające budowanie obrazu samego siebie, pozwalające na lepsze poznanie siebie i odkrywanie swoich mocnych stron, które zostaną wykorzystane w różnych sytuacjach życiowych. Takie zadanie wynika z faktu, że socjoterapia adresowana jest do młodych ludzi, którzy znajdują się w fazie intensywnego

⁴³ <http://www.practest.com.pl/ses-skala-samooceny-rosenberga> (dostęp: 5.11.2016).

⁴⁴ B. Urban, J.M. Stanik (red.), *Resocjalizacja*, t. 2, Warszawa 2007, s. 173.

rozwoju⁴⁵. Socjoterapeuci nie posiadają własnych narzędzi diagnostycznych⁴⁶, dlatego niniejsze opracowanie jest próbą pokazania przykładowych narzędzi, które mogą zostać wykorzystane do diagnozy zaburzeń zachowania u młodzieży w wieku gimnazjalnym. Okres adolescencji stanowi nie tylko istotny etap rozwoju młodego człowieka, ale również staje się ważnym czasem, w którym podejmowane są działania korekcyjne w postaci np. oddziaływań socjoterapeutycznych, które w sposób skuteczny mogą pomóc w eliminowaniu zaburzeń zachowania.

Bibliografia

- Bartkiewicz Z., *Agresywność, kompetencje społeczne i samoocena resocjalizowanych nieletnich a ich przestępczość w okresie dorosłości*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013.
- Bartkiewicz Z., *Pomoc terapeutyczna nieletnim agresorom i ofiarom agresji w zakładach resocjalizacyjnych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1996.
- Ben-Amos B., *Depression and conduct disorders in children and adolescents. A review of the literature*, „Bulletin of the Menninger Clinic”, 1992, 56 (2).
- Gaś Z.B., *Pomoc psychologiczna młodzieży*, WSiP, Warszawa 1995.
- Grudziewska E., *Diagnoza w socjoterapii*, [w:] *Socjoterapia w pracy z dziećmi i młodzieżą. Programy zajęć*, część 2, (red.) E. Grudziewska, Difin, Warszawa 2016.
- Jadczyk-Szumilo T., *Diagnoza w procesie socjoterapii*, „Świat Problemów”, 2011, nr 4.
- Harwas-Napierała B., Trempała J., *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Kendall P.C. *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców*, Wydawnictwo GWP, Sopot 2012.
- Porzak R., *Polska adaptacja skal CAS i P-CAS do diagnozy zaburzeń zachowania u dzieci*, [w:] *Psychologia wychowawcza stosowana. Wybrane zagadnienia*, (red.) Z.B. Gaś, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1999.
- Pospiszył K., Żabczyńska, E. *Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
- Sawicka K. (red.), *Socjoterapia*, CMPPP MEN, Warszawa 1999.
- Strzemieczny J., *Zajęcia socjoterapeutyczne*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1988.

⁴⁵ Ibidem, s. 175.

⁴⁶ E. Grudziewska, *Diagnoza w socjoterapii*, [w:] *Socjoterapia w pracy z dziećmi i młodzieżą. Programy zajęć*, część 2, (red.) E. Grudziewska, Warszawa 2016, s. 29.

- Urban B. Stanik J.M. (red), *Resocjalizacja*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Urban B., *Zaburzenia w zachowaniu i przestępczości młodzieży*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2000.
- Urban B., *Zachowania dewiacyjne młodzieży*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2000.
- Wilk M., *Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2014.
- Winnicott, D.W. *Dziecko, jego rodzina i świat*, Jacek Santorski & Co., Warszawa 1993.
- Wolańczyk T., *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*, Warszawa 2002.
- Wysocka E., *Diagnoza w resocjalizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.

Źródło internetowe:

<http://www.practest.com.pl/ses-skala-samooceny-rosenberga>